NOUVELLE ENCYCLOGRAPHIE

DES

SCIENCES MÉDICALES.

Liste des Journaux reproduits ou consultés pour la rédaction de l'Encyclographie.

JOURNAUX BELGES.

Annales de la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles.
Annales de la Société de médecine de Gand.
Annales de la Société de médecine d'Anvers.
Annales de la Société de médecine de la province d'Anvers.
Annales de la Société médico-chirurgicale de Verviers.
Annales de la Société de médecine de Verviers.
Annales de la Société des sciences médicales et naturelles de Malines.

JOURNAUX FRANÇAIS.

Annales médico-psychologiques.
Annales de thérapeutique de Rognetta.
Annales d'hygiène publique et de médecine lég.
Annales des maladies de la peau.
Archives générales de médecine.
Bulletin de thérapeutique.
Bulletin médical de Bordeaux.
Bulletin des Académies.
Clinique de Montpellier.
Gazette médicale de Paris.
Gazette des hôpitaux.
Gazette médicale de Montpellier.
Gazette médicale de Strasbourg.
Journal de médecine et de chirurgie de Toulouse.
Journal de médecine et de chirurgie pratiques.
Journal des connaissances médicales.
Journal des connaissances médico-chirurgicales.
Journal de médecine de Lyon.
Journal de médecine de Nantes.
Journal de médecine de M. Trousseau.
Journal de chirurgie de M. Malgaigne.
Journal de chimie médicale.
Journal de la Société de médecine de Montpellier.
Revue médicale.

NOUVELLE ENCYCLOGRAPHIE

DES

SCIENCES MÉDICALES,

PUBLIÉE PAR

UNE SOCIÉTÉ DE MÉDECINS.

1re PARTIE.

ARCHIVES

DE LA MÉDECINE BELGE ET REVUE DES JOURNAUX BELGES.

2me PARTIE.

BULLETIN

DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.

3me PARTIE.

REPRODUCTION

ET REVUE DES JOURNAUX ÉTRANGERS.

FÉVRIER 1847. — 8me Série. — T. II.

Bruxelles,

IMPRIMERIE ET LIBRAIRIE DE N.-J. GREGOIR, ÉDITEUR,

FOSSÉ-AUX-LOUPS, 66.

1847.

SOMMAIRE DES ARTICLES CONTENUS DANS CE VOLUME.

Archives de la médec. belge. p. 61-101.
Bulletin de l'Académie royale de médecine belge. 106-119.

II. HYGIÈNE, DIÉTÉT., PHARMAC. ET TOXIC.

Toxicologie. 1.

III. ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE.

Physiologie. 2.

IV. PATHOL., THÉRAPEUT. ET CLINIQ. MÉDIC.

Path. interne. 3—7. *Revue* 21—34.
Thérapeut. 8—11. *Revue* 23—40.

V. ACCOUCHEM., MAL. DES FEM. ET DES ENF.

Accouchement. 12. *Revue* 41—43.
Maladies des femmes. 13. *Revue* 22—45.
Maladies des enfants. 14. *Revue* 33—54.

VI. CHIRURG., ORTHOPÉD. ET OPHTHALMOL.

Pathologie externe. 15. *Revue* 46—53.
Médecine opératoire. 16—18. *Revue* 44—56.

VII. PHRÉNOLOGIE, MALADIES MENTALES.

Maladies mentales. 19.
IX. Mal. syphilitiques. 20.
Sociétés savantes, pag. 171—212.
Police médicale. 55.

ARCHIVES

DE LA

MÉDECINE BELGE.

(FÉVRIER 1847.)

REMARQUES SUR QUELQUES ÉTABLISSEMENTS D'ALIÉNÉS DE LA BELGIQUE ;

Par M. BRIERRE de Boismont.

(Extrait des Annales d'hygiène publique et de médecine légale, janvier 1847.)

Il y a dix-sept ans, je visitai les établissements d'aliénés de l'Italie, et dans un mémoire qui fut favorablement accueilli, je signalai à l'attention publique les établissements où avaient été méconnus les principes de l'humanité, malgré les réclamations énergiques de nos honorables confrères (1). Nos protestations n'ont pas été stériles, et l'un des hôpitaux qui avait le plus attiré nos reproches a fait place à un magnifique asile. Nous avons l'espérance que le souverain éclairé, qui préside aux destinées du monde chrétien, écoutera la voix des hommes compétents, et que le sort des aliénés à Rome cessera d'être aussi déplorable qu'il l'a été jusqu'à présent.

La société des sciences naturelles et médicales de Bruxelles avait mis au concours en 1834 cette question : Indiquer l'exposition, l'emplacement, la distribution, la direction matérielle, hygiénique et médicale, les plus convenables pour l'établissement d'un hospice d'aliénés. Ce sujet, qui rentrait dans mes études habituelles, fut l'occasion d'un mémoire qui obtint le prix (2). Je conçus dès-lors l'idée de faire un voyage en Belgique, mais je n'ai pu mettre mon projet à exécution que dans le cours de cette année.

J'essaierai de reproduire, dans cette notice, les impressions que cette excursion a fait naître dans mon esprit.

(1) Brierre de Boismont. *Des établissements d'aliénés en Italie*, extrait du tome XLIII du *Journal complémentaire des Sciences médicales*, 1831.

(2) Brierre de Boismont. *Mémoire pour l'établissement d'un hospice d'aliénés*, extrait des *Annales d'hygiène publique*, tome XVI, 1836.

Lorsqu'on parcourt la Belgique, on ne peut s'empêcher d'admirer la beauté des campagnes, la richesse et la magnificence des églises, des monuments, la grandeur et la propreté des établissements de bienfaisance; mais la scène change quand on pénètre dans les asiles destinés aux aliénés. A peine étais-je arrivé à Bruxelles, que je m'informai du lieu où était situé l'hospice consacré à la folie. On me répondit qu'il n'existait point dans la capitale d'établissement semblable, que les malades étaient envoyés à Gheel par des moyens de transport appropriés. Je serais encore à connaître le lieu où l'on enferme les aliénés avant leur départ pour cette colonie, si un jour que je visitais le bel hôpital civil de Saint-Jean, qui vient d'être élevé en face du jardin botanique, je n'avais découvert du haut des terrasses un petit bâtiment avec deux cours de quelques mètres carrés, dont l'aspect me parut assez étrange pour que j'en demandasse la destination à la personne qui m'accompagnait. C'est, me dit-on, le local provisoire où l'on dépose les aliénés qui doivent être conduits à Gheel, mais il n'y a rien à voir.

Ce bâtiment est situé dans un des côtés de l'hôpital Saint-Jean. Il consiste en une façade à deux étages, séparés par un mur en deux portions, l'une pour les hommes et l'autre pour les femmes. Devant chaque partie du bâtiment se trouve une cour d'une vingtaine de pieds. Ce quartier, destiné à dix-huit ou vingt aliénés, est exposé aux regards des voisins et des convalescents de l'hôpital. Il contient quelques loges bien blanchies et proprement tenues, mais qui ont l'inconvénient d'être froides. Sa situation, sa petitesse, le rendent complétement impropre à sa destination; tout au plus pourrait-il servir aux furieux, aux maniaques agités, si l'on avait recours au traitement que j'ai fait connaître pour le traitement des formes aiguës de la folie, et qui n'exige qu'un séjour très-court à l'hôpital; mais encore il exposerait les convalescents à des rechutes, par le manque complet de distractions et par la tristesse des environs.

Il est surprenant que le gouvernement belge, malgré les avis répétés de la presse, le mémoire de M. Ducpétiaux (1), mon travail, le rapport de M. Crommelinck (2), celui de la commission belge (3), n'ait encore rien fait pour les aliénés. Cependant ce pays

(1) Ducpétiaux. *De l'état des aliénés en Belgique et des moyens d'améliorer leur sort.* Bruxelles, 1832.

(2) Crommelinck. *Rapport sur les hospices d'aliénés de l'Angleterre, de la Belgique et de la France*, Courtrai, 1842. Il est à regretter que ce médecin belge ait cru devoir payer à la France le tribut d'injures par lequel tant de gens lui ont témoigné leur reconnaissance pour sa généreuse intervention.

(3) *Rapport de la commission chargée par le ministre de la justice de proposer un plan pour l'amélioration de la condition des aliénés en Belgique.* Bruxelles, 1842.

compte des médecins du plus grand savoir, parmi lesquels mon ami le docteur Guislain mérite une mention spéciale. Partout le sort des aliénés s'est amélioré ; la Belgique restera-t-elle seule à la remorque des autres nations?

On compte en Belgique trente établissements publics pour les aliénés, et sept maisons de santé. Le nombre de ceux qui y sont renfermés s'élève à 2,774, savoir, 1,338 hommes et 1,436 femmes; mais ce chiffre est au-dessous de la vérité ; car, d'après les relevés que nous avons faits des malades, ils se groupent dans les proportions suivantes :

Flandre occidentale.	471
Flandre orientale.	723
Hainaut.	888
Province de Liége.	1,299
Limbourg.	583
Province d'Anvers.	426
Brabant	355
	4,745

La population actuelle du royaume étant de 3,849,449 habitants, la proportion serait de 1 aliéné pour 811 individus et une fraction. En 1832, M. Ducpétiaux, dans son *État des aliénés* (page 22), estimait la proportion à environ 1 sur 1,000. Ce chiffre est donc assez considérable pour qu'on se hâte de créer les asiles que réclame cette classe d'infortunés.

Deux établissements appelaient surtout mon attention : l'hospice de Gand, dirigé par le docteur Guislain (1), et la colonie de Gheel. Ma première visite fut pour la science. Mon honorable confrère me conduisit à l'hospice des femmes, qui est à peu de distance de sa demeure. L'édifice n'a rien de remarquable; il est situé au centre de la ville, enclavé dans les maisons voisines, et par conséquent dans des conditions qui n'ont pas permis de lui donner les développements convenables, quoique M. Guislain partage mon opinion sur les grands établissements, et préfère ceux qui, plus restreints, permettent d'exercer une surveillance plus active.

La maison a été agrandie, il y a quatre ans, par suite d'achats. Elle se compose de trois sections : la première, celle des pauvres dont l'entretien revient à 70 ou 72 centimes par jour ; la seconde, pour les femmes qui paient 3, 4 et 500 francs par an, et la troisième pour les pensionnaires qui paient depuis 800 jusqu'à 2,000 francs.

(1) M. Guislain, médecin en chef des hospices de Gand, a publié d'importants ouvrages sur la folie : 1° *Traité sur l'aliénation mentale et sur les hospices des aliénés*, Amsterdam, 1824, 2 vol. ; 2° *Traité sur les phrénopathies*, Bruxelles 1833 ; 3° *Lettres médicales sur l'Italie avec quelques renseignements sur la Suisse*, Gand, 1840. Plusieurs mémoires. C'est à lui qu'appartient de droit la place d'inspecteur général des établissements d'aliénés de la Belgique.

Le nombre des pensionnaires est de 40. Le chiffre total des malades était d'environ 230.

Dans le classement, M. Guislain a eu plus d'égard à la tranquillité et à la turbulence qu'à une division méthodique ; l'insuffisance du local ne lui permettait guère de faire autrement. Nous dirons cependant que nous ne partageons point les idées systématiques de ceux qui veulent faire des catégories de chaque genre d'aliénation. Ainsi n'avons-nous qu'à nous louer de mettre les suicides avec les autres monomanes, et nous pouvons affirmer que les paralytiques se trouvent très-bien de leur mélange avec les autres malades tranquilles; ils restent plus longtemps propres, calmes, et vivent bien au-delà du terme qu'on leur avait assigné. M. Guislain ne réunit point les mélancoliques, parce qu'il a fait la remarque pratique qu'ils s'attristaient les uns les autres. Quant à sa manière de les traiter, il nous a dit qu'il les faisait coucher pendant la première partie de leur affection, les soignant comme de véritables malades; puis, lorsque la période d'acuité est passée, il les fait travailler, les exhorte et les encourage.

La première section, celle des pauvres, consiste en dortoirs, infirmeries et cellules. Les dortoirs contiennent six, sept, huit lits. Ceux-ci sont en fer plein, couleur bois de chêne, garnis de bons matelas et très-propres ; en hiver, on met deux couvertures de laine. L'aspect des dortoirs et des infirmeries est excessivement satisfaisant; on n'y sent aucune odeur. Il reste encore d'anciennes cellules étroites, ne contenant que le lit, et éclairées à leur entrée par une grille en bois ; avec le temps, elles seront remplacées par des dortoirs.

La lingerie et les ateliers sont bien tenus ; j'ai vu avec plaisir, dans ces derniers, un bon nombre de malades qui travaillaient à la dentelle ; plusieurs de ces femmes avaient fabriqué des pièces d'une exécution remarquable et d'une blancheur qu'on ne trouve pas toujours chez les ouvrières de profession. Dans le vestiaire, les habillements étaient bien confectionnés, et présentaient le moins possible les insignes de l'uniforme.

Au rez-de-chaussée, il y avait cinq ou six cellules neuves, planchéiées, avec un lit fixé au plancher et une pierre percée d'un trou pour servir de lieux d'aisances. Devant la loge existait un petit espace qui permettait à l'aliéné de faire un peu d'exercice. Ces constructions sont bonnes, faute de mieux, mais elles ne remplissent point les conditions voulues.

Les cours sont étroites et insuffisantes pour le nombre et l'exercice. Je sais bien que les femmes sont sédentaires et qu'elles se promènent beaucoup moins que les hommes, mais cette considé-

ration n'atténue que bien légèrement la petitesse des cours. Les furieuses, quoique renfermées dans une cour au rez-de-chaussée, faisaient un bruit que les autres malades entendaient très-distinctement.

La deuxième section, dite des petites pensionnaires, est bien tenue ; les chambres sont à plusieurs lits, entourés de rideaux bleus à carreaux. On sent la différence de bien-être, mais il est à craindre que le contact qui existe entre ces deux divisions n'exerce une fâcheuse influence sur le moral des pauvres. Les remarques, que j'ai faites sur ce sujet, m'ont donné la conviction qu'il y avait de graves inconvénients à réunir sous le même toit des gens qui paient et des malades qui ne paient pas ; les contrastes sont trop faciles à saisir, et les préférences inévitables. Si, par mesure d'économie, on est forcé d'avoir recours à ce système, il faudrait que les deux bâtiments fussent disposés de telle sorte, qu'ils n'eussent aucune communication et que leurs entrées fussent différentes. Ce sont les mêmes motifs qui me font dire que, dans les établissements où il y a des degrés divers de pension, l'emménagement des malades devrait avoir pour base la distribution du collège Rollin, qui a trois bâtiments distincts pour les pensionnaires, petits, moyens et grands.

La troisième division, consacrée aux dames qui paient une pension plus élevée, ne renferme que des chambres à un ou deux lits. Ces chambres sont fort convenables, bien meublées, et peuvent soutenir la comparaison avec celles de nos établissements où l'on paie 2 et 300 francs par mois. Les rideaux des lits sont blancs, et fixés au plafond par une couronne ; les meubles sont en acajou. Il y a un salon de réunion avec un piano. Le jardin est petit, mais gai et bien planté.

Les malades pauvres mangent cinq fois de la viande par semaine. D'après les relevés de la maison, sur 1,015 entrées il y a eu 571 guérisons. Le service est fait par les sœurs de la charité.

On ne peut ranger l'hospice des aliénés de Gand parmi ces bâtiments modèles que nous avons admirés en France, en Angleterre, en Allemagne et en Italie. Beaucoup trop resserré, entouré d'habitations, exposé à tous les bruits de la ville, sans perspective, n'ayant que des divisions incomplètes, triste dans plusieurs endroits, il n'offre aucune des conditions que présentent les nouveaux asiles. Mais tout en reconnaissant ces inconvénients, nous pensons qu'ils sont beaucoup atténués par l'habileté du médecin qui dirige cet hospice. Il y a longtemps que nous écrivions dans notre mémoire sur les établissements d'aliénés : *Tant vaut l'homme, tant vaut la maison.*

Hospices des hommes aliénés à Gand.—Si la division des femmes,

quoique tenue fort convenablement, est loin de répondre aux besoins de l'époque, celle des hommes, qu'on ne se soucie guère de montrer aux médecins, exige le plus promptement possible une réforme complète. Situé au centre de la ville, cet ancien cloître des Alexiens est une véritable prison, dans laquelle on ne cesse de monter et de descendre. On y compte environ 150 individus dont beaucoup sont couchés dans des souterrains froids et humides. Les maniaques furieux et agités sont enfermés dans des cabanons à clairevoie, exposés au froid, à l'humidité, et aux impressions les plus pénibles.

Parmi les admissions, la moitié au moins présente le caractère maniaque, tandis que, sur la population générale, la manie ne s'offre que dans la proportion de 1 sur 5.

La ville de Gand, dont les revenus sont considérables, et qui a pu construire une salle de spectacle et un casino magnifiques, devrait bien songer à loger un peu mieux ses aliénés. Il y a plus que de l'incurie à parquer ainsi de pauvres malheureux, lorsque partout autour de soi on voit la raison se réveiller chez un grand nombre d'entre eux, dès qu'ils peuvent se livrer à des occupations mécaniques, à des travaux champêtres, respirer un air plus pur, et se reposer dans des dortoirs bien aérés. Il est impossible que les justes réclamations de M. Guislain ne soient pas accueillies.

Gheel (1). — D'après l'état actuel des établissements d'aliénés en Belgique, le seul endroit qu'il importe au médecin de visiter, est Gheel et les hameaux qui en dépendent. La Campine dans laquelle se trouve cette petite ville commence au sortir de Lierre. L'aspect de la campagne donne de suite la clef du choix de la localité. On ne tarde pas, en effet, à s'apercevoir que les moissons n'ont plus la même vigueur, la même force et la même abondance que dans les autres parties de la Belgique. A quelques milles de distance, on entre dans la région des bruyères, à laquelle succèdent de longues zones de petits sapins, qui sont elles-mêmes remplacées par des sapins dans toute leur force. La végétation disparaît brusquement pour faire place à des landes arides, et sur lesquelles la vue plane dans toutes les directions. En approchant d'Herenthals, autrefois la capitale de la Campine, la végétation commence à reprendre de la vigueur, et jusqu'à Gheel, on est frappé des efforts victorieux de l'art contre la nature. Mais c'est surtout aux approches de Gheel qu'elle se montre plus abondante : les champs sont cou-

(1) Pour aller à Gheel, on prend à Bruxelles le premier ou le second convoi qui va à Anvers, mais il ne faut retenir sa place que jusqu'à la station de Düffel. Là on trouve une voiture qui vous conduit à Lierre, et de cette ville on se rend à Gheel.

verts de riches moissons ; j'y ai vu des plants de colza presque aussi beaux que dans le département du Nord. Cet aperçu sur le territoire de Gheel est indispensable pour comprendre ce qui existait autrefois et ce qui a lieu maintenant. Lorsque d'immenses plaines de bruyères occupaient la Campine, l'isolement était d'autant plus complet, que les routes n'étaient point percées ; la surveillance était facile, et la fuite presque impossible faute de sentiers, et à cause des obstacles qu'offrait le terrain. Les défrichements se sont rapidement succédé, et l'isolement a presque complétement cessé. Les progrès ne s'arrêteront pas là, et l'on peut hardiment prédire que lorsque la nouvelle voie de fer sera exécutée, les terrains incultes disparaîtront complétement. Cette époque est peut-être même beaucoup plus rapprochée qu'on ne le croit, car dernièrement on proposait de transporter dans les bruyères de la Campine les malheureux que l'industrie linière ne peut plus nourrir, et qui formeraient ainsi des centres de colonies. Il y aurait un curieux rapprochement à faire entre le sort de ces pauvres aliénés qui ont contribué à défricher les solitudes de la Campine, et celui des sauvages américains qui ont complétement disparu devant les pionniers de la civilisation.

En entrant dans Gheel, qu'on a je ne sais trop pourquoi qualifié de village, puisque sa population s'élève à sept ou huit mille âmes, et dont les deux églises feraient l'orgueil de plus d'une grande ville, je ne pus m'empêcher de comparer la description, qu'en a donnée il y a vingt-quatre ans M. Esquirol (1) lorsqu'il la visita avec M. Voisin, avec le spectacle que j'avais sous les yeux. Au lieu de huttes enfumées, mal tenues, de bouges infects, je voyais des maisons propres, bien aérées, auxquelles on arrivait par un bon pavé, bâties dans des rues larges, bien ventilées et presque tirées au cordeau. Une place carrée, très-grande, bien ombragée, bordée de maisons, indiquait l'avenue conduisant à l'église principale, dont l'architecture et les richesses intérieures étaient dignes de remarque.

Mais ce qui fixa mon attention, éveilla ma curiosité au plus haut degré, dès mon entrée dans la ville, ce fut l'aspect de ces physionomies dont les traits sont si bien gravés dans la mémoire des médecins spécialistes. Sur le seuil des portes, dans les rues, mêlés aux habitants, j'avais reconnu ces individus aux yeux mobiles, égarés, fixes, tristes, hébêtés, qui appartiennent aux différentes catégories de la folie. Proprement vêtus, partie intégrante de la population, objets d'intérêt, de pitié, passant inoffensifs au milieu

(1) Esquirol. *Des maladies mentales*. Paris, 1838, tome II, page 707. Notice sur le village de Gheel.

des enfants qui ne les regardaient même pas, je ne pouvais détacher ma vue de ces étranges habitants.

Mon premier soin fut de demander le médecin; il s'appelle M. Vanvitsen. Cet honorable confrère me donna les renseignements nécessaires. J'appris de lui que les aliénés avaient été mis sous la direction de quatre médecins auxquels on donnait environ 300 fr. d'appointement; mais il me fit observer qu'il ne s'agissait que des maladies incidentes, et encore manquait-on d'infirmerie. Le traitement de l'aliénation était complétement nul. Il n'y avait point de bains, et le traitement moral ne pouvait être mis en usage chez des malades qui étaient disséminés sur une étendue de plus d'une lieue. J'ajouterai que les honoraires sont indignes de médecins; il est impossible qu'une rétribution aussi minime puisse subvenir à leurs besoins, et il est tout naturel qu'ils s'occupent exclusivement de clientèle (1).

Le point principal que je me proposais dans cette visite était de constater la situation matérielle des aliénés, l'influence que la liberté avait sur eux, les limites dans lesquelles elle pouvait s'exercer, le but de cette institution et son avenir.

L'inspecteur de Bruxelles, M. Vermuth, le plus considérable des agents (2), auquel j'exposai les motifs de mon voyage, s'empressa de se mettre à ma disposition avec toute la bienveillance possible; je lui en adresse ici tous mes remercîments. Il me fit observer que les différentes provinces envoyaient leurs aliénés à Gheel, et que chacune de ces divisions était sous l'administration d'un préposé spécial. D'après ses calculs, le nombre total des malades répartis dans les villages et hameaux était d'environ 800.

Sur un relevé fait au 1er octobre 1841, j'ai trouvé que la population totale des aliénés s'élevait à 730, savoir : 360 hommes et 370 femmes. Sur ce nombre, étaient entretenus :

(1) La commune est partagée en quatre sections, contenant un nombre à-peu-près égal d'insensés. A chaque section est attaché un médecin différent, chargé d'un certain nombre de malades des différentes catégories. Le traitement de chaque médecin est de 250 fr. par an. Il est tenu de visiter au moins une fois par semaine les aliénés de sa section, et de donner les soins aux malades et aux aliénés en traitement et reconnus curables, aussi souvent que leur position l'exige. Les quatre médecins réunis forment une commission sanitaire sous la présidence du bourgmestre ou de ses délégués ; elle s'assemble tous les trois mois.

(2) Les villes de Bruxelles, de Namur, de Louvain, de Tirlemont et de Malines ont seules des délégués ; les aliénés des autres localités sont confiés a patronage de l'administration générale.

Par les hospices de Bruxelles	327
Louvain	30
Malines	20
Lierre	14
Hasselt	7
Turnhout	13
Breda	4
Tirlemont	17
Diest	4
Namur	10
différentes communes	152
Par les hospices et les bureaux de bienfaisance	606
Par les familles	124
	730

Au mois de juin 1846, le nombre des aliénés de la province de Bruxelles était de 378, savoir : 159 hommes et 216 femmes, 3 non déterminés.

Le chiffre de la pension offre de grandes variations : tandis que des malades paient 624 francs, d'autres ne donnent que 24 francs. La taxe ordinaire est de 170 à 200 francs; les pensions extraordinaires sont de 200 à 400 francs. La totalité des pensions peut s'élever, année moyenne, à 135,000 francs, ce qui donne une moyenne de 185 francs par personne, ou environ 50 centimes par journée d'entretien. Ce prix est de beaucoup inférieur à celui de nos hospices de Paris, mais il n'y a pas d'état-major, de bureaucrates, d'édifices à payer. La pension réglée par l'administration est de 170 à 200 francs par an; les furieux, les épileptiques et les malpropres, paient 200 francs; quelques malades, en petit nombre, il est vrai, paient 15 et 1800 francs; ceux-ci ont un domestique; ils logent chez les bourgeois aisés; ils sont abondamment nourris, bien soignés et défrayés de tout.

Le chiffre total des malades qui avaient succombé dans le cours de l'année dernière était de 30. Sur les 43 malades envoyés pendant le semestre qui venait de s'écouler, il n'y avait point eu de mort, ce qui indique que la plupart étaient chroniques ou incurables.

En 1839, au commencement de l'année, il y avait :

	Hommes.	Femmes.					
	343	317	=	660			
Étaient entrés pendant l'année.	50	44	=	94			
					H.	F.	
Étaient sortis dans l'année . .	Guéris				16	14	
	Retirés				7	5	
	Évadés				4	2	
	Décédés				17	17	
					44	38	= 82
Restaient dans l'établissement							12
							94

Au moment où je me disposais à suivre l'inspecteur pour commencer notre visite, je vis sortir une procession de l'église. Je m'approchai pour jouir du coup d'œil, car elle était fort nombreuse; mais à peine avais-je fait quelques pas, que je fus frappé d'un cliquetis particulier, bien connu de ceux qui ont fréquenté les bagnes. Il était produit par les fers de plusieurs aliénés, dont les uns étaient enchaînés comme les galériens, au-dessus de la cheville, et dont les autres portaient un cercle de fer autour de la ceinture, sur les parties latérales duquel deux petites chaînettes terminées par un anneau empêchaient les mouvements trop étendus des bras. J'appris que ceux qui étaient l'objet de ces mesures avaient cherché à s'évader ou étaient réputés dangereux. J'en ai compté cinq à six, mais le nombre en est plus considérable. Un de ces malheureux, dont les violences avaient exigé cette mesure de sûreté, avait un double anneau au-dessus des chevilles, uni par une chaîne : dans cet état, il faisait de longues excursions et n'en paraissait pas fatigué; mais chez quelques-uns, les fers avaient déterminé des excoriations et des ulcérations. Les mesures coërcitives ne se bornent pas à ce moyen : il y a dans plusieurs maisons, et surtout dans celles qui sont à l'extrémité du rayon, des anneaux scellés au mur, auxquels on les attache quand ils sont trop agités ou trop turbulents.

Parmi les personnes qui suivaient la procession, se trouvait un nombre assez considérable d'insensés, hommes et femmes, dont les mouvements, les regards, les gestes souvent désordonnés, n'attiraient aucunement l'attention.

Mon arrivée imprévue me mettait à même d'observer ce qui était, et d'éviter par conséquent une millième répétition des villages de la Crimée. C'est malheureusement un fait qu'il faut signaler, lorsqu'un homme connu se propose de visiter un établissement quelconque, il y a cent à parier contre un que, si on est prévenu de son arrivée, on arrangera les choses en conséquence. Nous commençâmes notre tournée, en entrant au hasard dans les maisons qui se présentaient à nous, dans celles que j'indiquais; par conséquent, je n'avais point à craindre de mise en scène. La manière dont nous étions généralement reçus était la meilleure garantie du bon caractère des habitans et des excellents rapports qui existaient entre eux et l'inspecteur. Au ton dont il s'entretenait avec les aliénés, je m'aperçus qu'il avait adopté le système de ne jamais les contrarier, de tourner toujours les difficultés. Quand il était serré de trop près, il avait recours aux autorités supérieures, réelles ou imaginaires ; il disait alors aux aliénés de l'air le plus naturel du

monde : Il faut écrire au procureur du roi, je n'ai pas ce pouvoir, cela n'est pas dans mes attributions.

Nous pénétrâmes successivement dans une vingtaine de maisons, prises indistinctement. Elles étaient propres, semblables à celles de nos paysans pour l'ameublement, et sans avoir un air d'aisance, on y trouvait le nécessaire ; quelques-unes avaient un aspect de gêne. Partout les choses étaient en état. Les hommes étaient généralement habillés en drap bleu ; les femmes avaient des camisoles à fond bleu rayé de blanc, et des jupons en toile (1). Les chemises, les bas, les souliers étaient de bonne qualité, le linge propre et bien tenu.

Les chambres des aliénés sont petites, blanchies à la chaux, carrelées, sans odeur ; elles sont tenues comme les chambres des habitants de la maison. Il y a une table et une chaise. Le lit est en bois grossier, assez semblable à une auge, garni d'une paillasse, d'un matelas, de bons draps de toile, d'un oreiller, d'un traversin et d'une couverture de chanvre, de coton ou de laine; en hiver, on ajoute un coussin pour les pieds.

Les gâteux couchent sur la paille, ou plutôt sur une espèce de matelas en paille, mais on ne les met point dans des boîtes. Les chambres sont au rez-de-chaussée. Le plus ordinairement il n'y a qu'un fou dans chaque maison ; on en trouve cependant quelquefois deux et même trois ; les cas où il y en a quatre sont beaucoup plus rares.

Les repas ont lieu aux heures où les habitants de la maison font les leurs ; les aliments sont les mêmes, mais en quantité suffisante; la boisson est la bière.

L'aliéné habite seul sa chambre. Nous avons vu des maisons où les malades couchaient avec les enfants ou les maîtres.

Les paysans qui reçoivent ces étranges pensionnaires considèrent ce placement comme une faveur, et mettent de l'empressement à la solliciter. On les retire quand ils ne remplissent pas convenablement les devoirs qui leur sont imposés. Ce retrait est pour eux une peine en quelque sorte déshonorante, aussi est-elle rarement infligée. On est de temps en temps dans la nécessité de changer les aliénés de maison, quand ils sont méchans, turbulents, et on a soin de leur représenter ce changement comme une punition.

Il est impossible que dans une population aussi nombreuse, et composée de pareils éléments, il n'y ait pas des malades turbulents, méchants, qui menacent de frapper ou frappent même. L'absence de tout bâtiment spécial a dû faire recourir à des mesures qui ne

(1) Les aliénés de Bruxelles sont les seuls qui portent des vêtements uniformes et de couleur bleue.

sont plus en harmonie avec le traitement adopté dans le monde civilisé; l'intérêt des habitants leur en fesait une loi, et il faut avouer que jusqu'à un certain point, ces mesures étaient forcées. Les chaînes, brisées en tant d'endroits, n'ont donc pas complétement disparu à Gheel; mais le nombre des insensés qui portent ces tristes insignes ne dépasse pas vingt, et est souveut au-dessous. Dans plusieurs maisons, nous avons trouvé de gros anneaux et de fortes chaînes scellées aux murs, qui servent à attacher les aliénés furieux ou méchants. Nous aurions pu faire de la philanthropie à froid sur ce triste sujet, et pousser quelques lamentations bien modulées qui auraient eu du retentissement; nous nous contenterons de faire observer que, si ces moyens ne sont employés que dans les cas de nécessité et avec beaucoup de douceur, ils n'en constituent pas moins une mesure inhumaine, d'un aspect douloureux, et à laquelle peuvent facilement suppléer quelques précautions que je vais bientôt indiquer.

En parcourant Gheel, je n'ai entendu aucun cri, et pendant le silence de la nuit, que l'excessive chaleur m'a forcé de passer à la croisée, nul bruit n'est arrivé jusqu'à mes oreilles.

La physionomie des aliénés que nous rencontrions dans les maisons était celle de gens qui sont chez eux : ils allaient, venaient, sans rien faire d'anormal, sauf quelques exceptions. Plusieurs s'occupaient des travaux domestiques; quelques femmes faisaient la cuisine. On avait essayé de donner une légère rétribution à ceux qui s'occupaient, et la proportion en est peu considérable; mais on remarqua bientôt qu'ils dépensaient leurs économies à l'estaminet. La personne qui nous donnait des renseignements nous dit que la plupart ne faisaient rien. Voici cependant une note de la commission belge, qui semblerait contredire cette assertion.

Au 1er octobre 1840, on comptait :

	Hommes.	Femmes.	Totaux.
Occupés à divers métiers	24	16	40
aux travaux agricoles	69	47	116
aux travaux du ménage	72	144	216
Inaptes au travail	58	55	113
Refusant de travailler	101	95	196
Totaux	324	357	681

Les 49 aliénés restant, 36 hommes et 13 femmes, étaient enfermés dans des loges ou portaient des entraves qui les mettaient hors d'état de travailler. En admettant l'exactitude de ce relevé, un peu moins de la moitié des aliénés ne se livrerait point au travail.

Les gâteux furent l'objet d'une attention spéciale; j'en trouvai

plusieurs assis et fixés sur une chaise percée avec un vase au-dessous. Un jeune idiot de dix-sept ans, aveugle, excessivement malpropre, laissant aller tout sous lui, n'exhalait aucune odeur. La femme qui en prenait soin le lavait jusqu'à trois et quatre fois par jour. Dans plusieurs endroits, je trouvai des malades agités ou déchirant leurs vêtements avec la camisole de force. M. Vermuth me dit qu'il était en train de faire fabriquer des manchettes en toile, rembourrées, pour prévenir les meurtrissures et les mortifications, assez communes chez les malheureux auxquels on est obligé de mettre les fers.

Pendant ma visite, je vis plusieurs mélancoliques au lit ; on me dit qu'ils ne voulaient pas se lever. C'est sans contredit le moyen d'éterniser leur maladie. A cette occasion, je demandai à l'inspecteur s'il constatait quelquefois des suicides ; il me répondit que depuis neuf ans qu'il habitait la commune en qualité de préposé, il n'en avait observé que deux par étranglement, sur un chiffre qui dépasse 350 (province de Bruxelles). Quelques individus refusent de temps en temps la nourriture ; on se sert alors d'un instrument qui écarte les dents, et à l'aide de cette machine, on réussit quelquefois à vaincre leur obstination.

Le contact journalier d'un aussi grand nombre de fous avec les habitants avait-il une influence appréciable sur leur caractère, leurs habitudes, sur leurs facultés intellectuelles et affectives? Telle fut la question que j'adressai, avec toute la sollicitude qu'elle comportait, à M. Vermuth, au médecin, ainsi qu'à plusieurs personnes éclairées de la ville. Ces messieurs me répondirent qn'aucun effet de ce genre n'avait été noté. L'aliénation était rare parmi les habitants ; quand elle avait été observée, on avait remarqué qu'elle était produite par les causes ordinaires de cette maladie, dont les plus communes avaient été l'amour chez les jeunes filles, et l'ivrognerie chez les hommes. Le chiffre des aliénés de la commune était de 11, savoir, 4 hommes et 7 femmes, ce qui, en portant la population à 7,000 habitans environ, donne un chiffre supérieur aux évaluations de la France et de l'Angleterre, puisqu'il y aurait dans ce cas 1 aliéné sur 636 habitants et une fraction, et 1 sur 727 et une fraction, si le nombre des habitants était de 8,000. On peut donc dire que ce contact n'est pas sans influence sur la production de la folie.

Je dus m'enquérir si la liberté dont jouissent les deux sexes n'amenait pas des naissances illégitimes. M. Vermuth me répondit qu'il n'en connaissait qu'un cas, et que toujours la folle avait soutenu qu'elle était devenue grosse des œuvres d'un ouvrier étranger qui travaillait au canal. Lors du passage des troupes, il y a quel-

ques années, deux aliénées furent trouvées enceintes. Ceci s'explique jusqu'à un certain point par les habitudes paisibles, les mœurs honnêtes et les principes religieux de la race flamande. On ne peut disconvenir que les passions primordiales de l'homme soient les mêmes partout, mais il faut aussi reconnaître qu'on leur oppose avec succès des freins, parmi lesquels le sentiment religieux n'est pas un des moins puissants. Ajoutons d'ailleurs que les paysans regardent comme une faveur d'avoir ces malades chez eux, tandis qu'ils se croient mal notés, peut-être même déshonorés, lorsqu'on les leur retire.

Mais si la liberté ne paraît point favoriser le libertinage, il n'en est pas de même des évasions ; j'ai déjà fait observer que les fuites étaient fréquentes, et j'en ai indiqué la principale cause. On lit assez souvent sur le registre de l'administration le mot *évadé;* d'après ce que j'ai su, ces fugitifs sont souvent repris et ramenés dans la commune. On sait que dans ce cas on leur met les fers aux pieds; il serait beaucoup plus humain de les renvoyer, ou de les enfermer quelques jours dans un bâtiment séparé.

Les aliénations mentales que j'ai eu l'occasion d'observer ne m'ont point paru avoir de cachet particulier ; l'amour, l'orgueil, l'ivrognerie, en forment la base. Quelques femmes avaient des symptômes d'érotomanie; une, entre autres, demandait avec instance qu'on lui fît venir M. Thiers, parce que lui seul pouvait la préserver des poursuites de ceux qui la prenaient malgré elle; une dame hollandaise se paraît d'une manière ridicule pour aller chercher son bon ami.

Le plus grand nombre de ces aliénés appartenait à la nation belge ; mais j'y ai vu un certain nombre de Hollandais, un Anglais et un Français.

Les aliénés, à leur arrivée à Gheel, sont conduits à la maison communale, où leurs nourrisseurs viennent les chercher. Autrefois, tous ceux qui arrivaient étaient soumis à des cérémonies religieuses qui ont été décrites par Esquirol ; sept ou huit seulement réclament chaque année les prières de sainte Dymphna (1). L'église de Saint-

(1) Vers la fin du VIe siècle, si l'on en croit la légende, la fille d'un roi d'Irlande se réfugia dans les environ de Gheel, en compagnie d'un saint anachorète, par qui elle avait été convertie à la foi catholique. Elle voulait se soustraire aux persécutions de son père, qui en était devenu éperdument amoureux. Celui-ci ayant découvert sa retraite, voulut la contraindre à renier sa foi et la faire consentir à devenir sa femme.

Dymphna (c'est le nom de la jeune fille) résista avec courage, et son père furieux lui trancha la tête de sa propre main, ainsi qu'à son compagnon. Les témoins de cet acte barbare étaient nombreux. Parmi eux se trouvaient quelques insensés qui recouvrèrent tout-à-coup la raison, sans doute par l'impression que leur causa cet affreux spectacle. On cria, miracle ! et Dymphna, vierge

Amans, qui renferme les reliques de la sainte, et sous la protection de laquelle sont placés les aliénés, remonte à une époque reculée. On y voit sa statue à l'entrée du chœur, à droite en entrant; elle est très-ornée. Derrière le chœur, dans une chapelle fermée par une grille en bois, on aperçoit plusieurs bas-reliefs en bois, représentant les principales actions de la vie de sainte Dymphna ; sur le bas-relief, à droite, on découvre un pauvre maniaque assis; les fers des pieds sont enlevés et placés à côté de lui, mais il a encore les menottes aux mains. Près de lui se trouve une femme, de la tête de laquelle un exorciste fait sortir un démon. Ce bas-relief en bois, peint, doré, contient donc les deux principales formes de la folie, la manie et la monomanie, et la nature de celle-ci est en rapport avec les idées du temps, puisqu'elle est un exemple de démonomanie. Son antiquité nous paraît remonter du xve au xvie siècle.

L'église Saint-Amans acquit une grande célébrité par la délivrance des possédés, c'est là le commencement de la colonisation des aliénés dans cette commune.

La cérémonie consistait à faire une neuvaine. Pendant les neuf jours le malade était placé dans une maison adossée à l'église; on l'enfermait seul ou avec d'autres compagnons d'infortune dans une chambre et sous la surveillance de deux vieilles femmes. Un prêtre venait tous les jours dire la messe et lire des prières. Les fous tranquilles, assistés d'enfants, de dévots, faisaient pendant les neuf jours, trois fois en dehors et trois fois en dedans, le tour de l'église. Lorsque les malades étaient derrière le chevet de l'église, où repose la caisse qui contient les pierres du cerceuil de la sainte, ils s'agenouillaient et se traînaient sous cette caisse trois fois, c'est-à-dire à chaque tour qu'ils faisaient dans l'intérieur. Si l'aliéné était furieux, on payait un pauvre du pays et des enfants qui faisaient les processions pour lui. Pendant que l'aliéné faisait les trois proces-

et martyre, fut déclarée patronne des fous. De toutes parts on amena des insensés dont on espérait obtenir la guérison par l'intercession de sainte Dymphna.

« Longtemps après, dit Gazet (*Hist. ecclés. des Pays-Bas*, 1614), le clergé « avec le peuple qui auoyent apprins par traditions, que les corps de ces deux « martyrs auoyent resté jadis enseuelis en quelque lieu circonvoisin, en feirent « grande recherche, longue espace de temps, et finalement les trouvèrent en « deux cercueils de pierre plus blancs que neige, combien qu'en ce pays-là ne « se trouvâst que pierres noires, par où ils entendirent que c'estoit une œuvre « faicte par le ministère des ânges qui auoyent voulu signifier la chasteté et « candeur de ces martyrs, lesquels sont honorez en l'église collégiale de Gèl « au diocèse de Bois-le-Duc le 15 de may. » Les pierres dont il est question ici sont renfermées dans une châsse que l'on voit dans l'église de Saint-Amans à Gheel. Moreau (de Tours), *Ann. médico-psychol.*, tome v, pag. 89, *Lettre médicales sur la colonie de Gheel.*

sions, ses parents étaient dans l'intérieur et priaient la sainte afin d'obtenir la délivrance du malade. Le neuvième jour on disait la messe, on exorcisait l'aliéné, quelquefois même on recommençait une seconde neuvaine. Peu d'individus y ont aujourd'hui recours.

Il est curieux d'apprendre que pendant de longues années et à une époque encore fort rapprochée, puisqu'elle date de 1818, les mêmes cérémonies avaient lieu en France dans le village de Bonnet (département de la Meuse), peut-être même continuent-elles encore. Nous donnons ici l'extrait de la notice de M. de Haldat, aujourd'hui doyen des médecins de Nancy (1).

« .... D'après les documents que j'ai recueillis, le traitement suivi de nos jours remonte à une époque très-éloignée. Il s'est conservé par tradition ; et d'ailleurs il est si simple, qu'il est peu susceptible de s'altérer ; il est uniforme pour tous les aliénés et pour toutes les espèces d'aliénation. Il serait en effet bien difficile à un ecclésiastique, étranger à la science, de les distinguer. La tradition paraît d'ailleurs avoir consacré parmi le peuple l'usage d'en éloigner les malheureux affectés d'idiotisme, espèce d'aliénation que l'on sait être incurable.

«Le traitement, sous la dénomination de neuvaine, s'exécute dans l'espace de neuf jours. C'est à l'église qu'on reçoit les aliénés. On les y place dans une loge assez vaste, qui occupe un des angles les plus éloignés du sanctuaire. Ils y sont confiés à des gardiens chargés de les surveiller et de pourvoir à leurs besoins. Ces gardiens doivent employer tous les moyens qui sont en leur pouvoir pour gagner la confiance de ces malades, et leur inspirer de la crainte, sans que jamais il leur soit permis d'exercer envers eux aucune de ces violences révoltantes, ordonnées autrefois dans quelques hospices, et considérées comme très-efficaces pour réprimer la fureur qui les domine. Leur régime alimentaire se compose de pain, de lait, de fromage blanc ou de lait caillé, et leur boisson d'eau et de petit lait. — Le traitement de neuvaine est partagé en trois périodes de trois jours chacune, pendant lesquelles, séparés de leurs familles, ils doivent interrompre toute espèce de communication avec les membres qui les composent. Ainsi éloignés des personnes et des choses avec lesquelles ils ont eu des relations habituelles, ils se trouvent dans une situation tout-à-fait nouvelle, imposante, et propre à changer l'ordre vicieux de leurs pensées et de leurs affections.

« Dès le matin du premier jour, les personnes pieuses du village et les enfants, dans une situation d'esprit différente de celle dans laquelle ils sont ordinairement envers les aliénés, étant réunis, on

(1) *Journal général de médecine*, Paris, 1818.

conduit le malade, sous la surveillance de ses gardiens et processionnellement, à une fontaine, d'où coule une eau fraîche et vive, qui se trouve à un quart de lieue du village. Cette fontaine est consacrée au patron invoqué pour la démence. L'aliéné doit faire cette excursion les pieds nus et la tête découverte. On lui entrave les mains, si la fureur est violente ou dangereuse, et les gardiens l'obligent à marcher et à se conformer, autant que possible, à l'ordre suivi par les assistants.

« Arrivés à la fontaine, située dans un village riant et ombragé, on lui verse sur la tête, rasée dès la veille, une quantité d'eau qui varie selon le besoin, et dont on réitère l'affusion, selon qu'il se montre plus ou moins exalté.

« Cela fait, on reconduit l'aliéné au village, dans le même ordre qu'on a suivi en venant, et, après avoir fait le tour de l'église, on l'y introduit pour assister, sous la surveillance de ses gardiens, à la messe qui se célèbre pour lui. Après quelques cérémonies religieuses, on le remet dans sa loge, d'où on ne le tire que vers le soir pour réitérer la procession à la fontaine et les affusions d'eau froide, après quoi on l'y renferme pour toute la nuit.

«Les deux jours suivants, qui sont employés aux mêmes exercices, servent à porter un pronostic sur l'issue de la maladie, et à juger si l'on doit adoucir la forme du traitement, ou s'il faudra employer tous les moyens réservés pour la seconde période. Le pronostic est heureux, si le spectacle imposant dont on a frappé les yeux du malade, si les sensations inusitées qu'on lui a fait éprouver, trompant la série désordonnée de ses habitudes, le déterminent à faire quelque effort sur lui-même pour maîtriser cette férocité intérieure, cet instinct déréglé qui constitue le délire; s'il est plus calme, s'il s'aperçoit qu'il est l'objet des démarches qu'on fait pour améliorer son état, et qu'enfin il conçoive l'espérance et le désir de recouvrer l'usage de sa raison, lorsque le délire est modéré, que le malade est doux et facile à contenir, on se borne à le séquestrer pendant la seconde période, en le retenant dans sa loge. Au contraire, quand le délire est caractérisé par des vociférations violentes et continues, une agitation tumultueuse et invincible, on a recours à d'autres moyens. On lui fait une large saignée, et on déploie contre son exaltation la partie du traitement la plus rigoureuse et à laquelle résiste rarement la violence la plus irascible. Ce moyen, qui imprime aux aliénés la crainte la plus salutaire, et qui les détermine à la soumission la plus absolue, est analogue à celui proposé dans le tome septième du journal américain intitulé *Philadelphian Medical museum*, sous le nom de *Tranquilliseur*, espèce de fauteuil coërcitif, où le malade est retenu par des liens et des entraves

si artistement disposés, qu'il lui est impossible d'exécuter aucun mouvement, sans être cependant exposé à se blesser dans les efforts qu'il fait pour s'en débarrasser. Le moyen employé à Bonnet consiste dans un berceau de bois très-solide, et semblable à ceux dont les habitants de nos campagnes se servent pour leurs enfants en bas-âge, dans lequel on étend le malade.

« Ce berceau, formé seulement de traverses et de barreaux, a une longueur égale à celle du corps; après y avoir placé l'aliéné et avoir étendu ses membres, on le retient dans cette situation par un lacet qui le comprime sans le blesser, mais ne lui permet aucun mouvement. Le régime alimentaire est toujours le même. La durée de ce traitement est ordinairement de trois jours. Cependant on l'abrége si l'on s'aperçoit qu'on ait obtenu le calme désiré. Au contraire, si les traits du visage annoncent la même exaltation, on y ajoute des oscillations plus ou moins rapides, qui peuvent remplacer les effets de la machine rotative employée dans quelques maisons d'aliénés.

« Après l'expiration du troisième jour, on dégage le malade de ses gênantes entraves, on lui rend sa liberté dans sa loge, et la troisième période qui commence est employée aux mêmes exercices que la première. A l'exception de la saignée et des boissons délayantes, on n'emploie aucun remède. Enfin, après la neuvaine expirée, on le rend à ses parents. Sur douze malades que le desservant actuel a admis au traitement, dix, à ce qu'il assure, ont été guéris pendant la neuvaine, et deux sont morts ; l'un dans le cours du traitement, et l'autre peu après.

« Si ces cures étaient bien constatées, ajoute M. de Haldat, comme elles sont beaucoup plus nombreuses que celles obtenues par les moyens ordinaires, employés même par une main habile, elles fourniraient matière à de graves réflexions. »

Il nous reste maintenant à examiner plusieurs questions que suggère le singulier établissement de Gheel. Quels sont ses avantages et ses inconvénients actuels? Quel parti pourrait-on en tirer? Quel sort lui réserve l'avenir? La première remarque qui se présente à l'esprit est celle-ci : tandis que les aliénés en France, en Angleterre et dans beaucoup d'autres pays étaient renfermés, enchaînés, ensevelis dans des cabanons, traités comme des animaux féroces (1), il existait depuis des siècles, dans un lieu solitaire et inconnu de la Belgique, un établissement où des centaines d'insensés

(1) Il y a 30 ans, nous avons vu les fous de l'hospice général de Rouen, renfermés dans des loges humides, ayant à peine un peu de paille pour les couvrir ; le public pouvait les visiter, et souvent on se plaisait à les exciter. En 1830, nous avons trouvé à Gênes un nombre considérable d'aliénés enchaînés à leur lit dans une petite salle ; ils faisaient un bruit infernal. Ceci n'existe plus.

étaient libres, abandonnés à eux-mêmes ; le simple bon sens avait révélé à de pauvres paysans que la douceur et les bons traitements devaient faire la base de leurs rapports avec ces hôtes de nouvelle espèce, et qu'il ne fallait recourir à la force que dans les cas de danger.

Un médecin français, M. Moreau de Tours, qui a visité Gheel il y a quelques années, séduit par la nouveauté du spectacle, a proposé de créer en France un ou plusieurs établissements de ce genre. Dans son opinion, le système de colonisation réalise et au-delà les idées théoriques les plus hardies, émises par les hommes célèbres dont le nom fait autorité en thérapeutique. Quelque village pauvre, isolé, perdu dans un lieu écarté, d'un accès difficile, voilà l'asile. On prendrait les mesures administratives et médicales nécessaires. Prétendre qu'un pareil établissement peut être proposé pour modèle, c'est oublier la considération importante du caractère des peuples. Le Flamand est bon, religieux, de mœurs paisibles, facile à gouverner ; le parallèle est-il possible ? A Gheel, en remontant une longue suite d'années, vous ne trouvez que deux ou trois grossesses, dues à des étrangers de passage. Les suicides y sont excessivement rares ; les querelles et les coups ne sont constatés qu'à de longs intervalles. Abandonnez en France les femmes aliénées à elles-mêmes, et vous ne tarderez pas à compter un budget additionnel à celui des naissances illégitimes, des viols, des outrages à la pudeur. Cette tendance au suicide, si commune parmi les fous de France et d'Angleterre, que, sur 315 malades reçus à Bethlem en 1845, 100 avaient présenté des symptômes de monomanie de suicide : comment en empêche-t-on l'exécution ? par une surveillance de tous les instants. Il y a donc de graves obstacles à la réalisation de ce projet. Je n'ai d'ailleurs soulevé que deux objections. Il en est une troisième que nous avons abordée en parlant de Gheel, c'est la marche toujours croissante de la civilisation. Quelque lieu isolé que vous habitiez, soyez sûr que dans un temps donné l'habit noir et la blouse y pénétreront. Mais en voilà assez sur le projet de colonisation ; revenons à Gheel.

Il est certain que les aliénés, sauf quelques exceptions, sont traités avec douceur, comme les enfants de la maison, qu'ils sont habillés, nourris, chauffés aussi bien que le permettent les ressources financières de leurs nourrisseurs. Plusieurs de ces infortunés, qui ont guéri par les efforts de la nature, ont été si reconnaissants des bontés qu'on avait pour eux qu'ils n'ont pas voulu s'éloigner du toit hospitalier. Une bonne femme, qui avait recouvré depuis longtemps la raison, disait à M. Morean : « J'ai vu naître ces deux grandes filles et je ne pourrais les quitter. » Elle habitait Gheel depuis

21 ans. Mais là se borne le bien-être des aliénés. Rien n'a été fait pour leur traitement physique et moral. Il n'existe point d'établissement de bains, point de local approprié pour le traitement des folies aiguës, point d'infirmerie pour les maladies incidentes, et par conséquent, point de pharmacie centrale. Les aliénés qui s'évadent, ceux qui sont méchants, ceux qui cherchent à se suicider, à tuer, à mettre le feu, à voler, etc., sont enchaînés, ce qui est barbare et souvent nuisible à ces infortunés, à cause des meurtrissures et des ulcérations que les fers occasionnent. On pourrait sans doute remédier à ces inconvénients en donnant ce qui manque; mais en supposant que les remèdes physiques pussent être convenablement employés, les moyens moraux, si puissants dans les manies en convalescence, les monomanies, seraient complétement délaissés : les médecins, quelque habiles qu'ils fussent, ne pourraient les mettre en usage sur un rayon de plus d'une lieue.

C'est donc comme établissement d'incurables que Gheel pourrait être utilisé; mais si cette destination lui était donnée, il faudrait le pourvoir de bains, d'une infirmerie, d'un mobilier nécessaire, d'une pharmacie placée dans la maison. Les médecins devraient être convenablement rétribués; ici la place ne donne pas de clientèle, et cette considération ne doit point être perdue de vue.

Quant aux aliénés qui cherchent à s'évader, il faudrait avoir quatre à cinq cellules où on les renfermerait quelques heures, un jour, par punition; s'ils faisaient de nouvelles tentatives, on les renverrait. Gheel ne devrait point recevoir ni garder les aliénés homicides, suicides, incendiaires, violents et méchants.

J'ai parlé dans l'hypothèse que Gheel resterait tel qu'il est, mais on a vu que les choses ne se passaient point ainsi : les limites du désert ont été franchies, la culture a envahi de grands espaces, elle fait partout des prosélytes. Depuis huit ans, il s'est établi à Gheel un agronome qui a dû éveiller l'attention des habitans et développer en eux l'amour de la propriété, par le grand parti qu'il a su tirer des terres qu'il a défrichées. Au moyen des irrigations et d'autres procédés d'agriculture, il a fait rapporter 400 francs à des terres qui ne donnaient rien; un canal, avec les ressources qu'on en a pu tirer, a changé tous les abords de Gheel. On y voit de beaux blés, des colzas magnifiques, des lins superbes, de l'avoine, etc. Une amélioration considérable a eu lieu depuis quelques années; de grandes routes ont multiplié les voies de communication; si le chemin de fer projeté s'exécute, les derniers vestiges de l'isolement auquel Gheel devait ses avantages disparaîtront. Dans mon opinion, le sort réservé à Gheel est une diminution considérable

dans le nombre de ses pensionnaires, si ce n'est leur totale extinction.

En résumé, la Belgique est en arrière de tous les pays civilisés, sous le rapport des établissements d'aliénés ; aussi le traitement est-il presque complétement nul.

Il est de la plus grande urgence que des asiles spéciaux soient créés dans les diverses provinces dont le chiffre d'aliénés est connu. Le service médical devra être confié à des hommes qui auront fait des études spéciales en aliénation. Il conviendrait qu'ils fussent en même temps les directeurs de l'établissement. La partie financière serait dirigée par un économe.

Chaque année, une inspection de ces établissements serait faite par un médecin investi des pouvoirs nécessaires, et son rapport serait adressé au ministre qui a les aliénés dans son département.

Le village de Gheel pourrrait plus tard servir d'établissement pour les incurables, quand on aurait fait les changements et les additions indiqués.

L'ESPRIT DE LA MÉDECINE ANCIENNE ET NOUVELLE COMPARÉES ;

Par le docteur RUCCO.

Tel est le titre d'un ouvrage qui vient de paraître à Paris. Le nom seul de son auteur suffit pour fixer l'attention en médecine. Cependant nous en dirons quelques mots.

Dans les sciences d'observation, il est quelquefois nécessaire, pour ne pas s'égarer, de s'arrêter un moment pour examiner d'où l'on vient et où l'on va. C'est ce qu'a fait avec bonheur M. le docteur Rucco. Son livre présente le double avantage de faire voir tout ce que contiennent de vrai et d'erroné les principaux systèmes qui ont occupé l'attention du monde médical ; en même temps qu'il indique la seule voie à suivre, pour arriver au but depuis si longtemps désiré, l'unité thérapeutique.

Quelle que soit l'étendue que l'on donne à l'analyse d'un pareil ouvrage, il est impossible de n'en pas négliger des points importants ; aussi ce que nous en disons aujourd'hui, est plutôt pour engager nos confrères à le lire, que pour en faire connaître tout le mérite.

L'ouvrage est divisé en 27 chapitres.

Dans le premier et deuxième, il traite de la méthode thérapeutique à priori.

Cette méthode, que l'auteur combat comme très-vicieuse, présente en effet un des principaux obstacles aux progrès de la mé-

decine, et l'empêche d'arriver au but désiré, l'unité pratique. Pour n'en citer qu'un exemple, nous demanderons avec lui de quelle utilité peut être la recherche de l'essence intime des fièvres périodiques? Qu'on la croie associée aux signes visibles de phlogose, de dissolution humorale, ou qu'on la fasse dériver de l'irritation des premières voies, qu'on les considère enfin comme des névroses, rien dans l'idée que l'on se forme de leur essence ne peut conduire à leur thérapeutique; toutes les discussions sur un pareil sujet ne peuvent être que des théories de pure abstraction, qui conduisent à l'erreur, par l'idée que l'on attache au point de départ, à l'essence même de la maladie. Nous ne pouvons saisir des maladies que leur caractères sensibles, leurs traits particuliers, qui les font ce qu'elles sont; c'est à eux seuls à nous guider dans la marche à suivre.

Méthode symptomatique. — La méthode symptomatique, qui veut distinguer et traiter les infirmités du corps humain en suivant l'indication offerte par la diversité des signes extérieurs, ne peut et ne doit point embrasser toutes les connaissances désirables pour arriver à une médication regulière et certaine. Si la seule connaissance des symptômes pouvait suffire pour diriger le traitement des maladies, on ne comprendrait pas pourquoi l'hydrophobie, la peste, la goutte, le choléra-morbus, la phthisie pulmonaire et bien d'autres maladies, opposent encore une résistance aussi opiniâtre aux remèdes héroïques de toute espèce employés jusqu'ici pour les combattre. On ne comprendrait pas davantage comment, le point de départ (les symptômes) étant connu, les opinions thérapeutiques sont si divergentes, au sujet de ces maladies. Le plus grave reproche que l'on puisse adresser à ce système est celui de diriger plus habituellement les remèdes contre le symptôme le plus intense, le plus visible, celui par conséquent qui fatigue le plus le malade; ce qui donne à penser qu'une maladie peut consister en un seul symptôme et qu'elle cesse aussitôt qu'on est parvenu à l'affaiblir; tandis que, dans toute maladie, il importe de s'opposer au développement du principe qui la soutient ou la fait exister, en détruisant tous les symptômes qui en font la partie visible et curable.

Méthode systématique. — La nature n'a fait ni classes d'individus, ni classes de maladies. L'organisation individuelle varie d'un être à l'autre. Il en est de même pour toutes les affections du corps humain; aucune n'est parfaitement identique à une autre, chacune d'elles présente un phénomène à part, par conséquent il n'existe point deux maladies semblables, si l'on en excepte cependant celles qui proviennent d'un même virus, ou miasme, telles sont la rougéole, la variole etc; de là découle la

raison par laquelle la science médicale ne peut admettre la classification dans les maladies, comme on en admet en botanique ou dans les autres sciences naturelles.

Les classifications nosologiques ont pour résultat inévitable d'entrainer à de graves erreurs, en faisant employer mal à propos les toniques contre les affections placées dans la catégorie de maladies par faiblesse, les antiphlogistiques contre celles qui sont réputées phlogosiques et irritatives, tandis qu'il n'est aucune maladie qui soit complètement, ou inflammatoire ou atonique.

Quant aux systèmes généraux, comme principes de la science médicale, ils ne sont pas plus admissibles; on a fait justice du strictum, du laxum et du mixtum des chimistes et des méthodistes, de l'humorisme de Galien, de l'archée ou principe de vie de Van Helmont, du psychologisme de Stahl, du spasme de Callen, de l'excitabilisme de Brown et de l'irritation de Broussais. Nul doute que chaque système ne présente un côté vrai, utile; mais aucun d'eux n'est l'expression pure et sincère de la vérité.

Méthode expérimentale impure.—La méthode expérimentale impure consiste à prescrire aux malades les remèdes qui ont été administrés, parfois avec efficacité, à quelques individus affectés de maladies estimées semblables. Cette méthode est simple et attrayante de prime abord, mais en réalité elle est obscure et fallacieuse ; elle force chaque médecin à n'employer ces remèdes qu'avec doute, et toujours sous forme d'essai. Cette méthode ne peut, à l'aide de ses propres lumières, rendre compte de la véritable action des remèdes, ni produire aucun fait positif, convaincant, qui fasse reconnaître les effets causés par les médicaments d'avec les effets ou symptômes des maladies.

Système de Brown. La doctrine de ce médecin repose toute entière sur l'excitabilité, autrement dite le pouvoir qu'a l'homme de sentir l'action de toute espèce de stimulus ou force excitante. L'excitabilité est pour lui une qualité intrinsèque de la vie, puisqu'elle réside dans l'organisme, qu'elle en constitue le caractère distinctif, vu qu'elle cesse seulement avec la mort.

Brown devait donc considérer comme stimulants, les facultés intellectuelles, les passions, le jeu des muscles, les mouvements divers des sensations, l'air, les aliments, le sang, les liqueurs spiritueuses, les médicaments, etc., etc.

Il nomme excitamentum, cet état de la machine humaine qui résulte de l'excitabilité et de la présence des stimulants, auquel il attribue le fondement de la vie. De l'excitabilité, des stimulants et de l'excitement, il déduit les diverses périodes de la vie, la *santé*, la *diathèse*, la *maladie* et la *convalescence*.

Toutes les fois que les trois puissances répondent d'une manière satisfaisante aux besoins de la vie, il y a santé ; quand l'excitation est trop forte, il y a *maladie sthénique*, dans le cas contraire il y a *maladie asthénique*.

Plus tard, Brown divisa les maladies asthéniques en directes et indirectes. Ces dernières ont lieu quand les stimulants agissent avec trop d'énergie sur l'excitabilité, ou bien quand ils agissent de manière à produire un état de faiblesse par trop d'excitement. Les maladies ne diffèrent d'après leurs catégories que par leur degré ; et les remèdes existent toujours d'une manière uniforme, en stimulant l'excitabilité. La seule différence admise par Brown consiste dans le degré de leur force et leur capacité de stimuler. C'est là une erreur trop évidente pour avoir besoin de réfutation.

Il distingue les stimulants des irritants, ceux-ci n'étant que des forces ou conditions susceptibles de troubler, mais incapables d'exciter ou d'abaisser les puissances de la vie.

Brown s'éloigne de la marche de la nature dès qu'il considère la faiblesse indirecte comme cause d'un grand nombre de maladies asthéniques, et comme conséquence de ce principe, le besoin continuel de stimuler.

Les idées sur l'état de santé et de maladie et celles sur la diathèse n'en sont pas moins rigoureuses, justes et bien fondées. Sous ce rapport on peut le considérer comme le père de l'école Italienne.

Le système de Brown ne peut être généralement appliqué au traitement des maladies.

Il suffit pour s'en convaincre de parcourir la liste des maladies qu'il range dans la catégorie des asthéniques indirectes ; la plupart d'entre elles empirent sous l'influence des stimulants, tandis qu'elles cèdent le plus souvent à l'action des antiphlogistiques. D'où l'on peut conclure que la division des inflammations en aiguës et en chroniques, a coûté bien des larmes à l'humanité.

Quoiqu'il en soit, Brown a rendu d'éminents services à la science médicale ; il en a amélioré la philosophie en la purgeant des maximes de Pythagore, d'Épicure et de Démocrite.

Doctrine médicale Italienne. — La doctrine du contre-stimulus est due à Jean Rasori. Cette doctrine, à l'exemple de celle de Brown, admet deux classes de maladies : la première renferme celles provenant d'excès de *stimulus*, la seconde celles qui naissent du *défaut de stimulus* ou de *faiblesse*.

Cette doctrine repose sur deux points cardinaux, la découverte des substances contre-stimulantes, et l'impossibilité que la faiblesse indirecte puisse, comme le prétend Brown, être cause de beaucoup de maladies que l'on doive traiter par la méthode stimu-

lante. La médecine Italienne est tombée dans le même défaut que celle de Brown, en n'admettant que des affections par excès et par défaut de stimulus : il est constant que l'on peut avoir dans le cours de la même maladie l'excès ou le manque de stimulus, témoin le choléra-morbus.

La loi d'analogie n'est pas un guide sûr dans la médecine pratique, parce que, en général, les maladies ne se ressemblent jamais sur tous les points. Il en est de même de l'excès ou du défaut de stimulus, puisque l'hydrophobie, la goutte, la peste, etc., n'obéissent pas aux contre-stimulants, quoique ces maladies soient dues au phlogistique ou à l'excès de stimulus. Cette contradiction nous fait considérer l'état altéré de l'excitement comme un phénomène de second et non pas de premier ordre dans le diagnostic et le traitement des maladies.

Il n'est pas aisé de distinguer avec certitude lorsqu'une maladie a pour cause un excès ou un défaut de stimulus ; et ce qui le prouve, c'est que, dans certaines fièvres périodiques, les paralysies, les apoplexies, etc., etc., les uns ordonnent les saignées, les autres ont recours aux stimulants.

C'est une erreur des contre-stimulistes d'admettre que les maladies dites irritatives, ne provenant ni de défaut ni d'excès de stimulus, soient des maladies locales ; car, comme le dit Hippocrate : in corpore humano confluxus est unus, conspiratio una, et omnia consentientia.

Médecine physiologique de Broussais. — La doctrine physiologique, comme chacun sait, repose sur ce principe ; que toutes les maladies ou au moins la majeure partie reconnaîtraient pour cause l'irritation ou l'inflammation de l'estomac et des intestins.

Broussais divise les maladies en maladies d'irritation et en maladies d'atonie ou de faiblesse. Il combat les premières par les antiphlogistiques, les secondes par les toniques ou fortifiants ; il admet également que l'irritation ou inflammation est toujours identique dans sa nature, et qu'elle constitue la base pathologique du plus grand nombre de maladies.

Ce n'est que depuis les précieuses productions de Broussais que l'on a considéré en France les phlegmasies aiguës ou chroniques comme autant de maladies semblables à elles-mêmes et curables par la méthode antiphlogistique.

Cette doctrine répond-elle aux besoins de la curation des maladies ? Nullement. D'abord parce que l'irritation, qui en forme la base, n'est pas tellement bien définie qu'il soit toujours possible de la distinguer de l'érétisme nerveux, ensuite parce que la connaissance du siége des maladies ne constitue réellement pas la base essen-

tielle de la vraie médecine pratique, et que l'erreur dans la nature de l'affection est toujours, si non fatale, au moins nuisible au patient.

A moins que les partisans de la doctrine de Broussais ne veuillent renoncer aux progrès de l'art de guérir, il ne leur est pas possible de la respecter au delà de certaines bornes, puisque, contrairement à l'ordre de la nature, elle fait résulter toutes les maladies de deux causes : de l'irritation ou inflammation, ou de la faiblesse.

Doctrine des anatomo-pathologistes. — Cette doctrine, qui repose sur le faux principe de la localisation des maladies, recherche sur les cadavres des indications thérapeutiques, sans se douter que les altérations, qu'on y remarque, sont les effets et non l'essence des maladies internes.

La doctrine des symptômes est fondée tout entière sur la règle variable de leur diversité ; aussi ne possède-t-elle aucun principe réellement vrai, réellement stable, propre à faire découvrir la nature des maladies internes, alors que cette connaissance échappe à l'intelligence humaine; par conséquent, elle ne peut faire germer ni développer le pouvoir d'une science positive, encore moins offrir la garantie de ses remèdes.

L'homœopathie. — La loi des semblables est aussi ancienne que la science médicale. Hippocrate, dans son traité De Locis in homine, s'exprime ainsi : Per similia morbus fit et per similia adhibita ex morbo sanantur ; vomitus vomitu curatur : il dit ailleurs (Me Morbo sac.) Morbi plerique his ipsis curantur, a quibus etiam nascuntur. Thomas Eraste soutenait que la seule méthode, selon lui, pour guérir radicalement les maladies était celle renfermée en ces deux mots : Similia similibus. Stoerk dit que, si le stramonium détermine la folie chez l'homme sain, on peut l'administrer aux fous, comme moyen de rétablir l'ordre des idées et leur rendre l'usage de la raison.

Stahl déclara fausse la règle Contraria contrariis ; je suis persuadé, disait-il, que l'on doit guérir une maladie avec des médicaments qui jouissent de la faculté de produire une maladie semblable.

Hahnemann n'a fait que mettre dans tout son jour cette loi des semblables en la présentant sous le nom de médecine homœopatique. Aussi le principe fondamental de l'homœopathie est il celui de la science médicale de la nature, et ses applications sont-elles d'une justesse à rien égale.

Le second principe de l'homœopathie repose sur l'expérience pure, qui démontre que, pour guérir radicalement les maladies, il faut leur opposer, mais toujours à faibles doses, le remède capa-

ble de produire une semblable maladie chez l'homme jouissant de la plénitude de la santé.

Toute abstraction en médecine, toutes les recherches métaphysiques sont inutiles, parce qu'elles ne peuvent être démontrées par la voie de l'expérience, et que, dans les maladies, on ne trouve à observer que des déviations, des changements de l'état de santé du corps ou de l'âme. Ces changements se manifestent par certains signes apparents que les médecins appellent symptômes, c'est donc l'ensemble des symptômes qui nous en fournit la véritable forme, la seule perceptible par les sens, et qui, semblable à l'image réfléchie de l'essence des maladies internes, devient la base unique, le critérium, guide du médecin dans le choix du vrai remède à employer dans le traitement d'une maladie quelconque (Hahnemann).

D'après ce qui précède, la méthode homœopathique serait la seule qui eût son critérium, la seule par conséquent qui pût guider d'une manière sûre le médecin dans le traitement des maladies.

L'auteur compare ensuite entre elles les diverses méthodes qui ont eu quelque vogue : il en tire la conséquence que nulle ne présente les mêmes avantages que l'homœopathie, partant que c'est cette dernière qui doit être préférée; parce qu'elle repose toute entière sur l'observation; et que les résultats répondent à l'expectative des médecins qui l'ont adoptée, ainsi qu'aux désirs des malades qui s'en remettent à elle.

La courte analyse de l'ouvrage que nous venons de faire, est insuffisante pour donner une idée de la logique et de l'esprit pratique de son auteur; elle est également trop bornée pour nous avoir permis de faire ressortir la force des arguments qu'il emploie pour combattre ce qu'il appelle les erreurs des systèmes. Cependant nous croyons en avoir dit assez pour engager ceux de nos confrères, qui désirent s'éclairer, à lire et à méditer l'esprit de la médecine ancienne et nouvelle comparées.

Janvier 1847. J. F. Dugniolle.

NOTICE SUR L'EMPLOI DE LA VAPEUR D'ÉTHER, COMME MOYEN D'ANÉANTIR LA DOULEUR PENDANT LES OPÉRATIONS CHIRURGICALES ;

Par I. ALEX, chirurgien-dentiste à Bruxelles, dentiste de la société royale de Philanthropie, ex-chirurgien-dentiste de S. A. R. feu le duc de Gloucester, membre de la société des chirurgiens-dentistes de Bruxelles.

Les inspirations de la vapeur d'éther, comme moyen d'anéantir la douleur pendant les opérations chirurgicales, occupent depuis

un certain temps l'attention des médecins et du public. J'ai recueilli sur l'application de cette précieuse découverte quelques observations que je livre aujourd'hui à l'impression, dans le but de concourir, autant qu'il est en moi, à la vulgariser.

C'est à deux Américains, M. Morton, chimiste, et M. Jackson, chirurgien-dentiste, que l'on doit la connaissance de la propriété que possède l'éther. Leur première communication à ce sujet a été faite en novembre 1846, dans le *Boston medical and surgical Journal.* Presque immédiatement M. P. W. Ellsworth, de Hartford, dans le *Connecticut*, a réclamé la priorité de la découverte en faveur du docteur Wells, chirurgien-dentiste (1). Il est aujourd'hui prouvé que dès 1845 M. Ellsworth en avait donné avis dans un travail destiné, selon ses expressions « à établir cette doctrine: « que, dans la maladie, la puissance vitale est diminuée; » il disait que, « *selon toute probabilité, la douleur n'est qu'une sorte « de dépression des nerfs sensitifs,* » et il donnait pour preuve que les stimulants, par leur action sur ce système et par leur rapport avec lui, devaient prévenir la douleur, et « *que les dentistes d'Hartford étaient dans l'habitude d'administrer le protoxyde d'azote afin d'extraire les dents sans que les patients en eussent la conscience.* » Le véritable inventeur de ce procédé est M. Horace Wells, dentiste à Hartford, qui en fit la première expérience sur lui-même.

« Quand M. Wells eut conçu l'idée du principe, continue M. Ellsworth, il chercha pendant quelque temps lequel il devait employer du gaz protoxyde d'azote ou de l'éther, et il donna la préférence au premier comme moins nuisible au système nerveux. Satisfait de ses essais, il se rendit à Boston dans la seule pensée d'en faire la communication à la Faculté de médecine. Il présenta son idée au docteur Warren, qui l'exposa à ses élèves; mais la première expérience ayant en partie échoué, et personne ne semblant vouloir venir en aide à l'auteur, celui-ci cessa ses efforts personnels de ce côté. Il fit connaître particulièrement sa découverte aux docteurs Jackson et Morton, dont ni l'un ni l'autre n'avaient l'idée de la chose en ce moment, et qui doivent en accorder entièrement le mérite à M. Wells. »

MM. Jackson et Morton ont reconnu depuis qu'ils n'avaient pas été les premiers à découvrir « *que la respiration de quelque gaz « peut déterminer une insensibilité momentanée;* » leur prétention se borne à avoir signalé cette propriété dans les vapeurs éthérées, et à s'être livrés, concurremment avec M. le docteur Warren, à des expériences qui les ont conduits à prouver que de grandes opéra-

(1) Voir *Boston medical and surgical Journal*, décembre 1846.

tions pourront désormais être pratiquées, sans qu'aucune douleur soit ressentie par ceux qui les subissent.

M. Wells est venu en Europe pour soutenir ses prétentions, qu'il vient de rappeler dans une lettre accompagnée de documents authentiques, publiée dans un journal anglais de Paris, le *Galignani's Messenger*, n° du 18 février.

Les effets que M. Wells annonce comme étant ceux du gaz protoxyde d'azote sont bien réels; mais il est démontré qu'ils sont moins sûrement obtenus que par la vapeur d'éther. Au reste, c'est à l'expérience à prononcer; jusqu'ici sa décision est favorable à l'éther.

Pour ce qui est du mérite de la substitution de l'éther au gaz protoxyde d'azote, je ne crois pas devoir m'en occuper. Je laisserai à d'autres le soin de décider qui, de M. Wells ou de MM. Morton et Jackson, a rendu le plus grand service à la science; mais il est incontestable que c'est à ces deux derniers que l'on doit l'introduction, dans la pratique des grandes opérations chirurgicales, d'un moyen qui a été accueilli comme un bienfait aussi heureux qu'imprévu.

De Boston, la découverte est passée à Londres. M. Liston s'empressa d'en faire l'essai dans une amputation de la jambe et dans l'extirpation d'un ongle. Le succès fut complet; il en fut de même de quelques applications qu'en firent immédiatement M. Fergusson, chirurgien du *King's College* à Londres, M. Lansdown, chirurgien de l'hôpital de Bristol, M. Robinson, dentiste à Londres, etc.

Dès que les résultats remarquables de ces applications, tentées presque simultanément en Angleterre, parvinrent à ma connaissance, je me hâtai de me mettre en mesure de les vérifier. Quelques expériences étaient demeurées infructueuses, et il ressortait parfaitement de l'exposé qui en avait été donné, que cela tenait à l'imperfection des appareils d'inhalation mis en usage (1) : mon premier soin fut de me procurer un appareil convenable, qui me permît de compter sur les effets de l'inhalation, et qui m'offrirait d'ailleurs l'avantage de pouvoir prendre pour guides les observations consignées dans les journaux de médecine par les hommes éminents que j'ai cités plus haut.

L'appareil qui m'a été expédié de Londres, et dont je me suis

(1) Je viens de lire dans la *Revue médicale française et étrangère*, février 1847, p. 212, que M. le professeur Roux, de Paris, s'était livré à cinq expériences consécutives sans obtenir le moindre résultat; il a reconnu alors que cela tenait à ce qu'il employait un procédé vicieux, et depuis il s'est servi avec un succès constant de l'ingénieux appareil imaginé par M. Charrière, que l'on peut aujourd'hui se procurer chez M. Oscé, fabricant d'instruments de chirurgie, Vieille-Halle-aux-Blés, à Bruxelles.

servi jusqu'à ce jour, est celui de M. Elphick. Comme on le voit par la figure ci-contre, c'est un grand flacon à large base, ayant la forme d'une cloche fermée par le bas, et présentant à sa partie supérieure une ouverture fermée par une espèce de ballon : l'extrémité inférieure de celui-ci, ayant la forme d'un tube, s'engage dans la cloche; son extrémité supérieure a une ouverture close à l'émeri par un second ballon plus petit, fermé par un bouchon aussi à l'émeri. Des morceaux d'éponge sont placés dans la cloche et dans le ballon qui la surmonte. Ces morceaux d'éponge sont imbibés d'éther, qui est versé par l'ouverture la plus supérieure et vient tomber goutte à goutte dans la cloche.

Par l'aspiration du patient, l'air atmosphérique s'introduit par l'ouverture du second ballon, dont le bouchon est levé pendant l'application; il arrive chargé de vapeurs éthérées dans la cloche qui en est elle-même remplie, et il s'engage dans un conduit en cuir terminé par une embouchure. Celle-ci présente un bec qui est placé entre les lèvres, contre lesquelles vient alors se placer un coussin creux qui s'applique exactement sur la bouche; les narines sont fermées à l'aide d'une pince à vis, telle que celle figurée à côté de l'extrémité du tube destiné à l'inhalation.

Un système de soupapes situées près de l'extrémité libre du tube en cuir permet d'inspirer les vapeurs éthérées, et d'expirer l'air contenu dans la poitrine sans changer les rapports de l'embouchure du tube avec la bouche.

La lettre suivante, que j'ai adressée à l'Académie royale de médecine de Belgique le 31 janvier dernier, et qui a été renvoyée à l'examen d'une commission (1) dont M. le professeur Graux a été nommé le rapporteur, dira la part que j'ai eue dans les premiers essais qui ont été tentés en Belgique.

A messieurs les Membres de l'Académie royale de médecine de Belgique.

Messieurs,

« Bien persuadé que l'Académie royale de médecine de Belgique ne manquera pas, à l'exemple de l'Académie royale de médecine de Paris, de s'occuper, dans sa prochaine séance, de la découverte qui a fixé depuis un certain temps l'attention du monde médical, et aussi du public, j'ai cru qu'il était de mon devoir de lui communiquer les quelques observations que j'ai recueillies.

(1) Composée de MM. Vleminckx, Seutin et Graux.

« J'entends parler ici de l'emploi de la vapeur d'éther, comme moyen d'anéantir la douleur pendant les opérations chirurgicales.

« J'ai été le premier à mettre en usage en Belgique la découverte de MM. Morton et Jackson. Quelques jours après que la *London medical Gazette* et la *Dublin medical Press* m'avaient fait connaître les premières applications de cette méthode, j'étais en possession de l'appareil nécessaire, et j'en faisais l'application.

« Mon honorable compatriote, M. le docteur Parkinson, a rendu compte de mes premiers essais dans le n° 50 de la deuxième série du *Brussels Herald*. Ce médecin est entré à ce sujet dans des considérations physiologiques que je laisserai de côté pour le moment.

« Ma première tentative a eu lieu le 12 janvier, en présence de MM. Vleminckx et Parkinson, sur une fille de 26 ans, qui devait subir l'extraction d'une dent. Quatre minutes d'aspiration ont été nécessaires pour jeter la malade dans une immobilité et une insensibilité complètes. Les mâchoires ont pu alors être écartées; la gencive a été incisée; la clef a été appliquée, et l'avulsion a été pratiquée sans qu'il fût possible de noter que la moindre douleur avait été ressentie.

« Quelques instants après l'opération, le mouvement a reparu : l'avant-bras gauche, qui était appuyé sur un fauteuil, a commencé à se mouvoir ; mais il retomba aussitôt. On entendit alors la patiente articuler quelques mots inintelligibles. Quatre ou cinq secondes plus tard, il survint un flux abondant de larmes, qui fut suivi de la cesation de l'espèce d'anéantissement qui avait été produit.

« Pendant l'aspiration, le pouls avait pris un peu d'accélération ; les yeux étaient devenus proéminents, les pupilles dilatées ; la face avait rougi avant que l'évanouissement eût été produit.

« La malade, questionnée à diverses reprises, a dit avoir eu la conscience de l'opération qui lui avait été pratiquée; qu'elle ne pouvait définir la sensation qu'elle avait éprouvée, mais que ce n'était nullement celle de la douleur.

« Quelques instants après avoir été opérée, cette fille s'est remise à ses occupations, et elle n'a ressenti dans la suite aucune espèce d'incommodité, autre que celle résultant de l'odeur de l'éther, qui lui est antipathique.

« Le 15 janvier, je me suis rendu à l'hôpital militaire, sur la prière de M. Vleminckx, inspecteur général du service de santé de l'armée, à l'effet de me livrer à des essais en présence de M. le docteur Lebeau et de MM. les officiers de santé de la garnison.

La première application a été faite sur un soldat. Le résultat

a été absolument nul, soit que le sujet ne se soit pas prêté à aspirer convenablement, comme ce fut l'avis de plusieurs, soit par toute autre cause qu'il ne nous fut pas permis d'apprécier.

« Un autre essai ne parut pas plus heureux. Après quelques aspirations, le militaire, sujet de l'expérience, se livra à plusieurs mouvements qui ne furent pour moi, comme pour les assistants, que de la comédie.

« Un autre enfin aspira pendant six minutes environ et manifesta alors la volonté de ne pas se prêter davantage à l'expérience. Ce sujet me parut néanmoins avoir ressenti à un certain degré l'influence de l'éther. Je voulus savoir jusqu'à quel point cette action incomplète diminuerait le sentiment de la douleur. Le malade, qui se trouvait dans une espèce d'hébétude, se laissa ouvrir la bouche : j'appliquai une pince et j'arrachai une dent canine cariée : il ne fit pas le moindre mouvement ; mais il poussa un cri qui paraissait témoigner de la sensation d'une vive douleur. Interrogé par M. le docteur Parkinson, il déclara néanmoins qu'aucun sentiment douloureux n'avait été ressenti par lui.

« Le même jour, je me suis rendu à l'hôpital Saint-Pierre, où M. le docteur Seutin voulut bien me permettre de faire l'application de mon appareil d'inhalation.

« Le premier sujet, sur lequel il fut expérimenté, était un garçon de douze à quatorze ans, qui portait une luxation du coude, pour la réduction de laquelle une section sous-cutanée était jugée utile. L'effet fut nul, parce que l'aspiratian n'eut pas convenablement lieu.

« Une femme de trente à quarante ans devait subir l'arrachement d'un ongle du gros orteil. Une aspiration de cinq à six minutes la mit dans un état d'anéantissement total. M. Seutin ayant alors saisi l'ongle avec l'instrument, il l'arracha avec la promptitude et la dextérité qu'on lui connaît. Cette opération si douloureuse avait été pratiquée, la plaie pansée et un bandage appliqué, que l'action de l'éther persistait encore. Une minute plus tard, la malade sortit de la torpeur où elle avait été plongée ; jetant alors les yeux sur le bandage qui entourait son pied, elle s'enquit de ce qui avait eu lieu, ne croyant pas que l'on eût pratiqué déjà un arrachement, que deux fois elle avait subi antérieurement au milieu des plus vives souffrances. Après quelques instants, cette opérée a été prise de légers mouvements nerveux, et a accusé dans le pied une sensation prononcée de froid : elle demanda si de la glace avait été appliquée sur la partie malade.

« J'ignore ce qui sera avenu plus tard de cette femme, au sujet de laquelle l'honorable chirurgien en chef de l'hôpital Saint-

Pierre pourra fournir des détails complets à votre savante compagnie. Je m'en réfère également à l'obligeance connue de M. le professeur Seutin pour les renseignements à fournir sur quatre extractions de dents, auxquelles j'ai procédé en sa présence, et principalement sur une opération de fistule à l'anus, qui a été pratiquée par lui après que j'eus fait aspirer, avec le plus grand succès, l'éther à son malade. Le résultat a été dans ce cas des plus remarquables.

« Tel est, Messieurs, l'exposé succinct de mes premières tentatives. J'ai depuis lors appliqué diverses fois l'appareil en présence de M. le professeur De Lavacherie, à Liége, ou dans mon cabinet. Les résultats ont été variés ; si je n'en parle pas ici, c'est dans la crainte de donner trop d'extension à ma lettre et d'abuser de vos moments.

« Mon intention est de vous soumettre bientôt un mémoire complet sur le sujet dont je viens d'avoir l'honneur de vous entretenir. J'attendrai pour cela que j'aie été éclairé, par votre discussion, sur divers points de physiologie et de pathologie qu'il vous appartient mieux qu'à moi de décider, et qui doivent faire cesser les incertitudes conçues par quelques-uns relativement aux inconvénients, jusqu'à présent hypothétiques , qui peuvent être la suite de l'inhalation des vapeurs de l'éther. Je ne crois cependant pas pouvoir me dispenser d'ajouter que l'état produit par l'éther me paraît plutôt comparable à l'ivresse qu'au narcotisme, et que j'ai eu l'occasion de m'assurer que, chez les personnes habituées à faire un usage ordinaire de forts stimulants, et surtout de spiritueux, l'effet de l'inhalation est souvent nul ou à peu près.

« Les noms de Fergusson, Liston, Tatham, Lansdown, Macmurdo, Quaine, Stocks, C. Guthrie, Robinson, etc., etc., en Angleterre ; Malgaigne, Roux, Laugier, Gerdy, Jobert, Vidal de Cassis, etc., en France ; ceux de MM. Bosch, Seutin, De Lavacherie, etc., en Belgique : tous chirurgiens qui ont eu recours déjà à l'application de l'éther pour anéantir la douleur dans les opérations chirurgicales, ont assuré désormais à la découverte de MM. Morton et Jackson un rang élevé dans la science. Je m'estime heureux d'avoir été le premier à en faire l'application en Belgique, et d'avoir ainsi contribué à y répandre la connaissance d'un moyen qui jouera un rôle important en chirurgie.

« Recevez, Messieurs, etc., etc.

« Bruxelles, le 31 janvier 1847. »

I. ALEX,
CHIRURGIEN-DENTISTE.

Le rapport sur cette lettre et sur une communication adressée sur le même sujet par M. De Lavacherie, professeur à l'Université de Liége, ayant été mis à l'ordre du jour de la séance du mois de mars, j'ai jugé utile de joindre à la note, que j'ai rédigée à la hâte, quelques nouveaux détails propres à fixer sur la valeur des inspirations éthérées.

Je raconterai ici, sans la moindre prétention littéraire ou scientifique, ce qui s'est passé sous mes yeux, et j'intercalerai autant que possible dans mon récit les relations, qui m'ont été remises par les personnes elles-mêmes qui se sont soumises aux inhalations, ou les notes qui m'ont été communiquées par les chirurgiens qui m'ont prié de mettre ce moyen en usage chez des malades qu'ils ont opérés.

Obs. I. — M. le docteur Seutin m'a présenté, le 20 janvier, un jeune homme âgé de quatorze ans, dont les dents canines supérieures, projetées en avant, imprimaient à la physionomie un aspect désagréable. Le moyen le plus convenable de remédier à la difformité me parut consister dans l'extraction des deux premières petites molaires ; ce qui fournirait la possibilité de ramener les canines dans leur place naturelle. M. Seutin partagea mon avis.

Le malade consentit à l'extraction proposée ; seulement il craignait la douleur. Je proposai l'inspiration éthérée, à laquelle il voulut bien se soumettre.

Après trois minutes d'inspiration, les muscles se relâchèrent, et presque immédiatement la tête se renversa sur l'épaule.

Les deux dents furent successivement extraites avec une grande promptitude et une grande facilité.

L'opéré ne fit aucun mouvement, ne proféra aucune exclamation.

Environ deux minutes après l'opération, il reprit tout à coup conscience.

Comme on lui demandait s'il avait ressenti quelque douleur, il répondit par ce monosyllabe : *Non...*, et il exprima tout aussitôt le désir qu'on arrachât sans délai les deux dents. M. Seutin, s'armant alors d'une pince, l'introduisit dans la bouche, et ayant comprimé légèrement entre les mors de l'instrument l'une et l'autre canine, il lui dit que l'opération était terminée, et s'enquit si elle avait été douloureuse. *Oui, un peu* ; telle fut la réponse.

Interrogé sur les sensations qu'il avait éprouvées avant son réveil, ce jeune homme répondit qu'il lui avait paru qu'il se trouvait dans son lit, chez sa mère, et qu'il dormait d'un sommeil profond et tranquille.

Remarques. — M. le docteur Parkinson a recueilli pendant l'opération les observations que je reproduis ici :

« Les pupilles de ce jeune homme étaient très-dilatées, les yeux proéminents. Pendant les inspirations, les pupilles se contractèrent à un haut point ; ce n'est qu'une heure plus tard qu'elles reprirent leur dilatation primitive. Le pouls, qui avait beaucoup faibli pendant l'expérience, devint peu après plus fréquent. Nul cri, nul mouvement quelconque pendant l'extraction des dents : lorsqu'on les lui montra, il ne put croire que ce fussent les siennes, et il porta la main à la bouche pour s'assurer qu'on ne l'avait pas induit en erreur. »

Obs. II. — M. Hannon, docteur en sciences, âgé de 24 ans, voulant se faire extraire une petite molaire cariée, désira être soumis à l'action de la vapeur d'éther. Une minute d'inspiration suffit pour amener l'insensibilité. L'ouverture préalable de la gencive, opération indispensable pour pouvoir appliquer l'instrument, était déjà pratiquée, lorsqu'il s'opposa à la continuation de la manœuvre opératoire, en réclamant de nouvelles inspirations : *Encore de l'éther !* s'écria-t-il.

Il aspira pendant environ deux minutes, et dit alors, avec l'expression d'un étrange égarement, qu'il n'y avait pas assez d'éther dans l'appareil. Une demi-once fut ajoutée. Pendant ce temps, il se retourna, et reconnut les personnes qui l'entouraient : tout en lui dénotait un état d'ivresse prononcée.

Après deux nouvelles minutes d'inspiration, l'insensibilité parut complète. Je voulus alors extraire la dent; mais dès que j'approchai l'instrument, le docteur se leva subitement, fit quelques pas en vacillant ; et n'eût été une table sur laquelle il prit un point d'appui, il serait incontestablement tombé sur le sol. Il proféra pendant ce temps quelques phrases inintelligibles. Un assistant le reconduisit à son siége, sans qu'il eût récupéré la conscience de lui-même. Je pus alors introduire la clef dans la bouche, luxer la dent et l'extraire au moyen d'une pince.

L'opération était à peine terminée, que M. Hannon reprit ses sens, en s'écriant : *Je suis ivre !* On lui demanda alors s'il éprouvait quelque douleur : *pas beaucoup* fut sa réponse. Ses gestes, son attitude, paraissaient encore être ceux d'un homme plongé dans l'ivresse.

Remarques. Ici encore je laisserai parler M. le docteur Parkinson :

« Il s'agissait d'un homme de science, qui avait un immense désir d'être mis à même d'apprécier l'influence des inspirations éthérées, et qui se trouvait par ce fait dans des conditions abso-

lument différentes de celles des autres personnes qui s'étaient soumises à ce moyen. Cela ressort évidemment de ses remarques alors qu'il n'était qu'incomplétement sous l'influence stupéfiante de l'éther : sa volonté dominait l'ivresse, lui faisait conserver jusqu'à un certain point la conscience de ce qui se passait autour de lui... Son intention formelle avait été de suivre les phases de l'éthérisation, d'en relater l'histoire; mais l'action de l'éther eut le dessus... On le voit, en effet, ressentant l'influence de l'inhalation, analysant encore ses effets, se sentant faiblir, réclamant une augmentation de l'énergie des vapeurs éthérées, jusqu'à ce qu'enfin, devenu tout à fait insensible, il abandonne le tube inspirateur.

« Ses sensations, lorsqu'il se leva et fit quelques pas en chancelant, avant l'extraction de la dent, furent celles d'un homme qui gravit un escalier et ressent une fatigue telle qu'il désespère d'en atteindre le sommet.

« Il n'a conservé aucun souvenir de l'incision de la gencive : pour ce qui est de l'extraction de la dent, il lui a semblé, pendant qu'il y était procédé, qu'un torrent d'éclairs très-brillants jaillissait de ses yeux. Les pupilles étaient alors contractées; le pouls était devenu plus fréquent, sans être plus fort.

« Dix minutes après l'opération, il conservait encore l'apparence d'un homme ivre. Il demanda alors, d'un air enjoué, la date et l'heure, dont il avait perdu le souvenir.

« Six minutes plus tard, il dit, s'adressant à M. Alex, qu'il ressentait de l'ivresse, que ses jambes semblaient se dérober sous lui. La vision était confuse; il ne reconnaissait qu'imparfaitement les objets.

« Il est à remarquer que M. Hannon, quoique très-sujet à des bronchites, n'a ressenti ni toux ni aucune gêne du côté des voies respiratoires. »

Obs. III. — Une dame âgée de 30 ans, s'étant soumise à l'inhalation éthérée, s'affaissa après deux minutes, et devint d'une insensibilité absolue : une grosse molaire fut extraite avec de grands efforts. Cette dame proféra une exclamation; mais elle demeura immobile. Lorsque les effets de l'éthérisation furent dissipés, et qu'elle eût repris ses sens, elle ne se rappela rien de ce qui s'était passé, si ce n'est qu'elle avait eu la conscience que l'on avait *cherché à faire quelque chose dans sa bouche.*

Obs. IV. — M. Head, âgé de 17 ans, portait un chicot qui avait déterminé un abcès alvéolaire.

Après trois minutes d'inhalation, il fut complétement stupéfié. J'incisai alors la gencive et je pratiquai l'extraction du chicot.

Tout dénota qu'aucune douleur n'était ressentie.

Deux minutes après que l'opération fut terminée, l'effet de l'éthérisation se dissipa. Ce jeune homme ouvrit les yeux, avec l'expression de quelqu'un qui vient d'être plongé dans un sommeil résultat de l'ivresse, et qui se réveille, fort étonné de ce qui se passe autour de lui. Ses réponses aux questions qui lui furent adressées étaient décousues, sans liaison, absolument comme il arrive d'un homme ivre.

Remarques. Pulsations au début de l'inspiration, 84; — après deux minutes, 96; — trois minutes plus tard, excessivement rapides, mais faibles.

Point de toux.

Obs. V. — Mademoiselle W., de Louvain, venue en compagnie du sujet de l'observation précédente, voulait se faire extraire une dent.

Une minute d'inspiration suffit pour amener l'effet désiré.

L'opération put être exécutée avec une facilité telle, qu'elle prit, éthérisation et extraction comprises, dix minutes au plus.

L'ammoniaque approché des narines fit immédiatement cesser le sommeil. Mademoiselle W. nous a dit qu'elle n'avait éprouvé aucune douleur; qu'elle avait seulement ressenti dans les pieds un mouvement qui lui avait fait penser qu'elle tombait sans pouvoir éviter la chute. Elle avait éprouvé, pendant toute la durée de l'action de l'éther, le sentiment d'un plaisir indescriptible.

Pulsations, 72; après 1/2 minute, 82; puis très-rapides et faibles.

Les pupilles conservèrent une dilatation normale.

Obs. VI. — Il s'agit ici d'un officier qui s'était fait plomber huit dents, et qui manifesta le désir de connaître les effets des inhalations d'éther. Sur ma prière, il a eu l'obligeance de relater dans la lettre suivante les sensations qu'il a éprouvées :

« Monsieur,

« Vous désirez que je vous rende compte des impressions que j'ai éprouvées pendant les expériences que nous avons faites sur la vapeur de l'éther. Les voici :

« Les premières aspirations m'ont causé beaucoup de gêne; il m'a fallu une grande volonté pour ne pas repousser le tube conducteur. La respiration était gênée, mes artères temporales battaient avec force; il me semblait que ma tête allait se briser. Bientôt cette impression s'effaça pour faire place à un état de bien-être progressif; tout mon corps éprouvait une espèce de fourmillement agréable. J'avais alors encore la perception des objets extérieurs, les sens du toucher, de l'odorat, de l'ouïe. La douleur que j'éprou-

vais aux dents avait disparu : une sensation de froid glacial se trouvait déterminée à l'une des dents plombées, celle qui me faisait le plus souffrir. Puis est survenue une espèce d'extase, de béatitude, qu'il m'est impossible de définir. Rien n'y est comparable dans notre vie ordinaire.

« La deuxième expérience m'a trouvé plus sensible que la première. J'ai éprouvé plus promptement l'effet de la vapeur de l'éther; trois ou quatre aspirations ont suffi pour me rendre insensible aux douleurs que vous cherchiez à me faire éprouver.

« Je suis resté, plusieurs heures après l'expérience, dans un état anormal, distrait, surexcité, quelquefois sans mémoire.

« Ces observations ne pourront servir qu'à déterminer d'une manière incomplète, peut-être, les impressions que produit la vapeur de l'éther; mais l'expérience que nous avons faite le lendemain sur le docteur Warlomont, et pendant laquelle il est resté deux minutes et demie dans un état de somnambulisme, m'a convaincu que le sujet est alors complétement insensible aux douleurs les plus aiguës.

« Recevez, Monsieur, l'assurance de ma considération distinguée. »

CASTERMAN,
Bruxelles, le 27 février 1847. *Capitaine du génie.*

L'insensibilité pendant l'action de l'éther a été, dans ce cas, complète ; les moustaches ont pu être fortement tirées à diverses reprises, les mains piquées avec un instrument acéré, les bras fortement pincés, sans qu'aucun geste, aucun mouvement eût lieu.

Dans le premier essai, le pouls, qui fournissait 96 pulsations après les premières inspirations, est rapidement monté à 104.

Dans le second essai, le pouls est resté invariablement à 90.

(*La suite à un prochain numéro.*)

OBSERVATION D'UN KYSTE FIBRO-OSSEUX, DÉVELOPPÉ SUR LE MAXILLAIRE ; ABLATION ; GUÉRISON ;

Par le docteur VAN ZETTI, professeur de clinique chirurgicale et d'Ophthalmologie à l'Université de Karkov (Russie méridionale), chevalier de l'Ordre Impérial de St-Anne, etc., etc.

Un paysan de la Petite Russie, âgé de 58 ans, et d'une constitution détériorée par le travail, qui, dès son enfance, avait, à la suite de la petite vérole, perdu l'œil droit, vint dans l'année 1839 à notre clinique pour se faire traiter d'une tumeur qui menaçait de lui faire perdre l'usage de l'œil gauche. Cet homme avait reçu,

six ans auparavant, un coup de corne qui lui avait effleuré la joue; des douleurs vagues se firent sentir de temps à autre en cet endroit, et un an plus tard, il s'aperçut d'une élévation qui, augmentant successivement et lui causant une sensation pénible, avait acquis le volume actuel.

On voit sur la partie latérale gauche de la face une tumeur à peu-près ovoïde, qui de la tempe s'étend jusqu'à l'angle de la bouche, et du côté du nez, jusqu'à peu de distance du méat auditif. Les limites de cette tumeur sont tracées par une ligne courbe qui, partant de l'angle gauche de la bouche, se porte à l'aile gauche du nez, longe le coté de cet organe, s'en écarte au tiers supérieur, pour s'incliner vers la moitié du pourtour inférieur et externe de l'orbite, jusqu'au-dessus de l'extrémité du sourcil, puis descend dans la direction du méat auditif, pour revenir à l'angle de la bouche.

Les organes qui sont placés sur les limites de la tumeur ont souffert un léger déplacement: la lèvre supérieure et l'angle gauche de la bouche sont refoulés en bas; le lobe du nez est poussé vers le côté opposé, et son aile est appliquée à la cloison; la paupière inférieure, la commissure palpébrale externe et l'extrémité du sourcil sont poussées en haut, et attirées en dehors, de sorte que la fente palpébrale est très-oblique de dedans en dehors et de bas en haut, et les paupières peuvent à peine être entr'ouvertes; l'œil est caché dans le fond de l'orbite, mais les fonctions sont normales.

La peau qui recouvre la tumeur est saine, mobile; sur le bout inférieur, le réseau veineux est plus manifeste, ce qui donne à ce bout un teint vineux. La tumeur est immobile, les parois sont osseuses, mais à son bout inférieur, où la teinte de la peau est modifiée, elle présente une certaine élasticité ; sans cette circonstance, qui faisait soupçonner qu'on avait affaire à un kyste, on aurait pu prendre la tumeur pour une exostose.

Décidé à enlever cette tumeur, qui n'offrait aucune trace de nature maligne, nous fîmes sur les téguments deux incisions, l'une dans le sens de son diamètre longitudinal, l'autre dans le sens de son diamètre transverse. Les quatre lambeaux furent disséqués, réfléchis, et la tumeur fut mise à nu : beaucoup d'attention fut nécessaire, pendant que l'on disséqua le lambeau correspondant à la paroi inférieure et externe de l'orbite, pour ne pas blesser la conjonctive palpébrale qui était appliquée à la surface de la tumeur.

Une fois mise à nu, la tumeur fut extraite, en agissant sur toute sa circonférence, en partie avec la scie à crête de coq, en

partie avec la tenaille de Liston : elle était creuse, contenait à peu-près une cuillerée d'un liquide séro-sanguinolent ; ses parois étaient de l'épaisseur de deux à trois lignes, très-compactes ; mais au bout inférieur, elles étaient amincies, et plutôt cartilagineuses qu'osseuses.

La surface interne de la tumeur était inégale, hérissée et envoyait des colonnes osseuses dans différentes directions. Ce kyste reposait sur la paroi externe du sinus maxillaire, avait envahi l'os malaire, y compris le bord inférieur et externe de l'orbite, et même l'apophyse malaire du frontal.

Il resta, après l'ablation de la tumeur, une surface concave, hérissée, qu'on égalisa à l'aide de tenailles incisives et de la gouge ; puis on appliqua exactement les quatre lambeaux sans faire de sutures, en prenant soin que leurs bords se correspondissent exactement ; on superposa un peloton de coton, et à l'aide d'un bandage approprié, on fit sur tous les points une compression modérée.

L'appareil ne fut enlevé qu'au cinquième jour, aucun symptôme n'ayant imposé la nécessité d'inspecter la plaie plus tôt. On trouva la paupière inférieure un peu œdématiée, et la conjonctive oculaire légèrement ecchymosée ; mais les lambeaux étaient parfaitement accolés à la surface osseuse, dont les petites inégalités se laissaient apercevoir sur les lambeaux qui s'y étaient pour ainsi dire moulés : c'est à peine si l'on put exprimer quelques traces de pus sur quelques points des lignes de réunion des lambeaux. Une pression modérée fut continuée sur la plaie jusqu'au quinzième jour, époque à laquelle la guérison fut complète.

SUR UN NOUVEAU PROCÉDÉ POUR OBTENIR LE RAPPROCHEMENT DES LAMBEAUX DANS LES CAS DE BEC-DE-LIÈVRE DOUBLE AVEC ÉCARTEMENT DES OS MAXILLAIRES ;

Par le docteur CH. PHILLIPS, de Bruxelles.

Le bec-de-lièvre double, avec écartement des os maxillaires supérieurs et proéminence horizontale des incisives, est une difformité dont la correction est fort difficile à obtenir. Dans les cas de cette espèce, il y a grand écartement des lambeaux latéraux de la lèvre supérieure, saillie considérable d'un mamelon moyen, et la plus grave de toutes ces complications, l'enfoncement du nez, la dépression de sa pointe, avec écartement inégal des ailerons.

J'en appelle ici aux souvenirs des praticiens, et je suis sûr de ne pas être démenti, en disant qu'il est rare de réussir du premier coup, après cette opération ; que souvent on l'a répétée plusieurs

fois sur le même sujet, et que le résultat final est une difformité souvent plus repoussante que celle à laquelle on voulait remédier.

Nous pensons que ces revers si fréquents sont dus à deux conditions de la méthode, sur lesquelles on n'a pas assez fixé l'attention des opérateurs.

Ces deux conditions sont : 1° un point fixe à prendre sur la base du nez, afin d'empêcher le tiraillement des sutures de la lèvre ; 2° l'influence que l'os incisif exerce, pendant les premiers jours, sur la réunion immédiate de la lèvre.

On sait qu'un grand nombre d'opérateurs luxent cet os, et le forcent à reprendre sa place entre les os maxillaires supérieurs; cette opération, si simple en apparence, en théorie si innocente dans ses résultats, est cependant un des temps les plus difficiles de l'opération totale, et un des plus compromettants pour le résultat final. *Jamais* le déplacement brutal de cet os ne se fait sans fracture ; *jamais* il n'est possible de le faire rentrer complétement dans l'espace inter-maxillaire, surtout si le sujet a atteint l'âge de cinq ou six années. La fente palatine est restée stationnaire ou elle s'est rétrécie, *jamais* elle ne s'est élargie ; l'os incisif, au contraire, a pris du développement, et l'apparition des dents incisives, quelquefois très-larges, donnent à cet os une surface beaucoup plus considérable que la fente dans laquelle on veut le loger. De plus, il tend sans cesse à se relever ; il vient presser contre les sutures ; il développe dans les tissus de la lèvre une inflammation qui les ramollit; et quelquefois, en trente-six ou en quarante-huit heures, les fils ont entièrement déchiré l'épaisseur de la lèvre.

Après avoir échoué plusieurs fois, en faisant cette opération selon les règles généralement admises, j'ai eu l'idée de la modifier de la manière suivante, et j'en ai obtenu les plus heureux résultats.

Je commence par détacher le lobule attaché à l'os incisif; je saisis cet os avec un fort davier, je lui imprime un mouvement de torsion, et je l'arrache. Les lèvres et les joues sont ensuite séparées de leurs adhérences aux os de la face, de manière à les rendre entièrement libres et à en faire deux lambeaux, qu'il est ainsi très-facile de rapprocher. Les bords du bec-de-lièvre, fixés avec des pinces à dents, sont reséqués à l'aide de forts ciseaux *très-recourbés à leur pointe*. La même opération est faite sur le lobule, de sorte que, toutes les surfaces étant saignantes, on peut passer à l'application des sutures.

Je place d'abord deux petites plaques de carton sur les côtés des ailes du nez, et je traverse la base de cet organe, en passant

derrière les ailerons, avec une très-grosse épingle, qui prend un point d'appui sur les plaques de carton. A mesure que l'on tire cette épingle, on fait saillir en avant la pointe du nez, qui semble sortir de la cavité de la face; on rapproche les ailes, et, du même coup, les bords écartés de la lèvre supérieure; et l'on se crée ainsi un point d'appui qui empêche le tiraillement des lambeaux.

Un bout de fil ciré est passé en huit de chiffre sur les deux extrémités de l'épingle, et met un obstacle solide au retrait des ailerons.

Les sutures sont ensuite placées de manière à souder le lobule entre les deux bords de la lèvre, et à donner à la cicatrice la forme d'un Y.

Je n'emploie jamais la suture entortillée dans les lésions de la face, les épingles m'ayant toujours paru laisser des cicatrices difformes. Que l'on se souvienne des sujets opérés du bec-de-lièvre par le procédé ordinaire, ils conservent tous deux traits caractéristiques de la difformité qu'ils ont portée : d'abord, un angle rentrant au point de la jonction des lambeaux; puis, l'empreinte des épingles sur les côtés de la soudure.

J'évite la formation de cet angle rentrant, en pratiquant l'excision des bords des lambeaux avec les ciseaux fortement recourbés à leur pointe. En effet, le résultat de cette section est une perte de substance elliptique; de sorte qu'en rapprochant les deux parties concaves de la plaie, on force les bords libres de la lèvre à descendre, et ils forment un mamelon, d'abord exagéré, mais qui ne tarde pas à reprendre une forme presque normale par le retrait de la cicatrice. Cette modification avait été décrite dans un Mémoire que j'ai publié en 1838 dans le *Bulletin médical belge.*

Pour éviter, d'autre part, l'empreinte des épingles, je préfère la suture de fil simple, ou suture entrecoupée. Seulement, avant de serrer le nœud, je place, entre les tissus et le fil, un petit coussinet de ouate qui les défend de la pression du fil, et empêche celui-ci de laisser une empreinte comme la laissent inévitablement les épingles.

Après l'opération, la lèvre et les joues sont couvertes avec des compresses froides.

Ces points de suture doivent être enlevés du troisième au quatrième jour; corps étrangers dans l'épaisseur des tissus, ils produisent bientôt une inflammation, que leur nombre rend très-intense; et, malgré les soins les plus actifs, malgré le traitement le plus énergique, on n'est plus le maître de la maintenir dans les limites favorables à la cicatrisation immédiate. On voit bientôt apparaître quelques gouttes de pus au passage des sutures, avant-

coureurs des désordres qui se préparent profondément, et qui ne tarderont pas à se faire jour à la surface.

L'épingle, qui a traversé la base du nez, ne doit pas être retirée avant le septième ou le huitième jour, afin de laisser aux joues, qui ont été détachées, le temps de se créer de nouvelles adhérences, assez solides pour résister aux efforts de traction que l'on remarque dans tous les lambeaux de la peau que l'on a déplacés.

Pendant les premiers jours qui suivent l'opération, il se forme une petite croûte grisâtre sur la peau, qu'il faut avoir soin de laver avec une petite éponge et de l'eau de savon blanc; les lambeaux deviennent bientôt de couleur rosée, humides, et comme recouverts d'une légère sueur : ils sont alors dans les meilleures conditions pour se souder immédiatement.

Il ne faut pas chercher à maintenir la réunion par les bandelettes agglutinatives; elles sont inutiles, puisque la grande épingle passée à travers la base du nez est un point fixe assez solide pour empêcher le retrait des lèvres, et elles peuvent être nuisibles chez certains sujets à peau fine et transparente, chez qui elles développent si facilement l'érysipèle. Lorsqu'on enlève ces bandelettes pour renouveler les pansements, elles abandonnent sur la peau la matière grasse, qui ne tarde pas à l'irriter; cette inflammation débute lentement, sans symptômes alarmants, et, à la levée de l'appareil, on voit des ulcérations qui produisent un pus laiteux et très-filant. Ces ulcérations, presque toujours blafardes, guérissent difficilement, augmentent d'étendue par l'application des cataplasmes, et ne guérissent que par l'action des compresses trempées dans l'acétate de plomb, ou lorsqu'on les touche avec la teinture de cantharides.

Il n'y a pas de chirurgiens qui n'aient reconnu les mauvais effets de ces bandelettes; ils ont eu à lutter contre les érysipèles qu'elles développent, ou à combattre les ulcérations dont elles sont la cause, et cependant un grand nombre de praticiens s'en servent encore, parce que c'est un usage consacré par le temps, et parce qu'ils sont sous l'empire des anciennes traditions.

Il est quelques précautions nécessaires à prendre lorsqu'on enlève les points de suture; ces morceaux de fil, imbibés du sang et de la lymphe plastique de la plaie, sont desséchés et collés sur la peau; si, pour les extraire, on se borne à les couper, on compromettra la réunion de la plaie, parce que leur extraction ne peut se faire sans tiraillements. Il faut d'abord laver et mouiller ces fils, et puis les couper très-près de la peau, afin de laisser le moins possible de longueur à l'anse de fil qui doit passer à travers les

tissus. Grâce à ces précautions, on extrait facilement les fils sans avoir fait de déchirure.

Ces détails peuvent paraître minutieux à ceux qui pensent que la rapidité d'exécution est la première qualité d'un opérateur. Il n'en est pas ainsi, du moins, pour la plupart des opérations autoplastiques; ce genre d'opérations exige une grande patience et des soins infinis, surtout pour faire les pansements, souvent si délicats, après les déplacements de lambeaux cutanés.

EXTRAIT

DU

BULLETIN

DE

L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE.

ANNÉE 1845-1846. — N° 10.

SÉANCE DU 29 NOVEMBRE 1846. — PRÉSIDENCE DE M. VLEMINCKX.

M. Sauveur, appelé à rendre compte des travaux de la Compagnie pour l'année 1845-1846, s'exprime en ces termes :

Messieurs,

L'Académie compte aujourd'hui cinq ans d'existence. Aux rapports, que j'ai eu l'honneur de faire chaque année à pareille époque, je viens ajouter celui qui doit exposer les nouveaux travaux de la Compagnie. En écrivant ces résumés succincts, mais fidèles, de ses recherches, j'obéis non-seulement à un devoir que ses statuts lui imposent, mais encore à cette loi commune qui régit les associations aussi bien que les individus, et qui a son principe dans l'amour de l'existence, dans le désir du progrès. Une association, composée de ses éléments propres et essentiels, ne saurait s'organiser dans un but utile, sans éprouver le besoin de se développer dans l'ordre de ses destinées, et elle ne saurait subsister, si elle n'avait pas la conscience d'avoir rempli sa tâche. J'ose espérer, Messieurs, que le rapport, que vous allez entendre, répondra à cette heureuse tendance.

Les époques sociales ont, comme l'a dit une des illustrations

médicales de la France, des caractères qui les distinguent et qui les commandent.

En nous reportant aux trois derniers siècles, on voit que le XVIe est marqué par la vie nouvelle qui vient animer les lettres, les arts et les sciences : toutes les têtes fermentent; toutes les sources de l'intelligence se rouvrent à l'envi : c'est l'époque appelée si justement, l'époque de la renaissance.

Le XVIIe siècle creuse plus profondement la pensée; on discute, on analyse, on soumet à une critique forte et indépendante les choses mêmes, que de respectables traditions semblaient défendre d'y livrer : c'est le siecle d'examen.

Le XVIIIe siècle est celui de la philosophie. Les grandes réformes se préparent; les vices d'un état social, qui compte huit siècles d'existence, sont mis à nu et violemment attaqués; tout fait pressentir l'ère nouvelle que l'esprit humain est près d'inaugurer.

L'époque où nous vivons, déjà si remarquable par les évenements militaires et politiques qui se sont accomplis, voit l'intelligence s'attacher au bien-être physique et moral de l'homme. Sciences, arts, industrie, tout, comme le dit encore M. Serre, tend actuellement vers ce but; tout est entraîné dans ce mouvement général, les hommes comme les gouvernements.

Notre Académie, Messieurs, ne pouvait pas rester étrangère à cette impulsion progressive; aussi, dès les premiers temps de son institution, ses vues se sont-elles portées sur les services qu'elle est appelée à rendre au corps social. C'est ainsi qu'elle a fait suivre ses réponses aux demandes, que le Gouvernement lui avait adressées sur les travaux des enfants dans les manufactures, de la publication d'un programme qui lui impose l'étude des influences que l'industrie exerce sur la santé des populations, et que ses méditations se sont successivement portées sur la nécessité de la création d'un service médico-rural, organisé en faveur des familles indigentes; sur les soins que l'administration doit apporter à l'hygiène et à la salubrité publiques; sur la vérification des décès; sur la police sanitaire des cimetières; sur le régime hygiénique des détenus dans les maisons pénitentiaires soumises au régime de la séparation complète, etc.

Il me serait non moins facile de montrer ici que la Compagnie a satisfait à sa mission relativement aux sciences qu'elle cultive, et que, malgré les difficultés inhérentes à sa position, elle a rendu à cet égard d'importants services. C'est ce qu'attestent d'ailleurs les bulletins de ses séances et le recueil de ses Mémoires.

Les médecins belges apprécient, comme ceux des autres pays, les besoins et les souffrances du corps auquel ils appartiennent.

La Compagnie n'est pas non plus restée inactive au milieu des réclamations qui s'élèvent pour obtenir la révision des lois concernant l'exercice des différentes branches de l'art de guérir. Quelques-unes de ses propositions ont déjà été sanctionnées par le Gouvernement, d'autres le seront encore, et, grâce à l'esprit qui la dirige, le corps médical de notre pays lui devra sans doute un jour, non-seulement la réforme de la plupart des abus dont il se plaint avec justice, mais encore l'amélioration qu'il réclame dans la condition civile et politique de ses membres, amélioration qui ne serait que la conséquence légitime des sacrifices de toute nature qu'ils s'imposent, et des devoirs non moins nombreux qu'ils ont à remplir dans l'intérêt de la Société.

Des différentes questions de législation médicale dont l'Académie s'est occupée pendant le cours de l'année qui finit aujourd'hui pour elle, la plus importante est celle qui concerne la vente des médicaments dans notre pays. Deux opinions étaient en présence sur ce point : faut-il ou non conserver aux médecins établis dans les comunes rurales, la faculté qu'ils ont aujourd'hui de vendre à leurs propre malades, les remèdes qu'ils leur prescrivent? La solution de cette question devait nécessairement soulever de longs débats, car il s'agissait d'examiner s'il faut en revenir aux dispositions de la loi du 21 germinal an XI, qui sépare l'exercice de la médecine de celui de l'art pharmaceutique; et, de son côté, la pharmacie, dont les progrès ont été si marqués depuis le commencement de ce siècle, ne pouvait s'empêcher de revendiquer pour elle, un droit qu'elle tient de son principe même. La décision de l'Académie, différente de celle que le Congrès médical de Paris émettait presque à la même époque, abandonne au Gouvernement le soin de déterminer, après avoir enténdu les colléges médicaux des provinces, les communes où il ne sera point permis aux médecins de jouir des bénéfices qu'ont créés pour eux les articles 11 et 12 de la loi de mars 1818. C'est par un vote presque unanime que la Compagnie a résolu quelques autres questions inhérentes à l'exercice de la pharmacie et de la médecine. Si les vœux qu'elle exprime à cet égard sont entendus du Gouvernement et de la législature, les médecins et les pharmaciens belges, plus heureux que ceux des Etats qui nous entourent, verront enfin disparaître une foule d'abus contre lesquels ils ne cessent de réclamer depuis longtemps.

L'Académie a fait beaucoup depuis trois ans, dans l'intérêt de la dignité de notre profession. Ses paroles ont eu plus d'une fois du retentissement dans les Sociétés médicales étrangères, et ce qu'elle a fait pendant l'année qui vient de s'écouler, ne peut qu'a-

jouter encore à la considération dont elle jouit près de ceux qui connaissent l'esprit dont elle est animée. A ce point de mon rapport se rattachent l'avis qu'elle a émis à la demande de M. le Ministre de la Justice, sur les honoraires dus aux hommes de l'art dans les réquisitions judiciaires, et le rapport qu'elle a adressé au Gouvernement, sur la position des médecins de l'armée exerçant dans le civil.

L'examen de toutes ces questions et les réponses que l'Académie a faites à diverses demandes de l'administration, ont nécessairement absorbé une partie du temps qu'elle devait donner à ses travaux scientifiques. Les discussions longues, mais utiles, qui se sont produites sur plusieurs sujets importants, ont dû aussi faire ajourner la lecture d'un grand nombre de communications reçues de savants nationaux et étrangers.

Les détails, dans lesquels je vais entrer, vous rappelleront, Messieurs, que, malgré ces circonstances, la Compagnie a pu, grâce au zèle de ses membres, payer un assez large tribut à la science.

Dans la série des Mémoires dont elle s'est occupée, figure en première ligne, suivant l'ordre des matières, le travail de M. le docteur Rossignol, sur la structure intime du poumon de l'homme et des principaux mammifères.

Il résulte des observations et des expériences de l'habile anatomiste de Bruxelles :

1° Que les ramifications bronchiques se terminent par une dilatation en forme de sac ou d'entonnoir, au lieu de se perdre dans des cellules s'ouvrant les unes dans les autres, comme Malpighi et Helvétius le pensaient, ou bien de se terminer par des prolongements aveugles ou des vésicules qui ne seraient elles-mêmes que des bronches très-courtes, ainsi que Reisseisen a cru le remarquer et comme on le pense encore généralement aujourd'hui;

2° Que chacune de ces dilatations, que M. Rossignol désigne sous le nom d'*infundibulum*, reçoit la dernière ramification de l'artère pulmonaire qui se répand aussitôt sur sa paroi externe en réseaux déliés, tandis que sa paroi interne est cloisonnée par de nombreuses cellules ayant la forme d'alvéoles;

3° Que les bronches, dans leurs deux et quelquefois dans leurs trois dernières ramifications, sont tapissées sur leurs parois internes de cellules ou alvéoles pulmonaires que l'auteur nomme cellules pariétales, et qui se rapprochent de plus en plus à mesure qu'on approche des *infundibulum*. Ce fait important était inconnu jusqu'à ce jour;

4° Que les ramifications de l'artère pulmonaire ne suivent point

constamment l'ordre de division des bronches, et que chaque cellule ne reçoit pas une petite artériole, comme on l'enseigne encore aujourd'hui. Les divisions artérielles, arrivées au niveau des alvéoles pariétales, couvrent de leurs ramifications l'extérieur des derniers rameaux bronchiques, et s'y répandent en un vaste réseau, dont chaque maille entoure le fond d'une alvéole. C'est de ce réseau seulement que s'élèvent d'autres réseaux beaucoup plus fins pour les cloisons inter-alvéolaires;

5° Que, contrairement à ce qui est généralement admis, il n'existe entre les artères bronchique et pulmonaire aucune espèce d'anastomose. Les premières s'arrêtent au moment où les alvéoles pariétales apparaissent, en sorte que les artères pulmonaires, quoique spécialement destinées à l'hématose, servent en même temps à la nutrition des dernières ramifications bronchiques et des alvéoles pulmonaires;

6° Que les alvéoles pulmonaires ne possèdent pas de fibres musculaires, mais bien des fibres de nature élastique, etc.

L'ensemble de ces faits, vous le voyez, Messieurs, constitue pour le poumon une doctrine anatomique entièrement nouvelle qui repose sur les lois de l'analogie; car les poumons des mammifères seraient ainsi la multiplication du poumon des reptiles, par celui des oiseaux.

Les conséquences importantes que l'on peut déduire de cette découverte, pour la physiologie et la pathologie de l'organe pulmonaire, ne pouvaient échapper à l'attention de l'Académie. Le travail de M. le docteur Rossignol sera inséré dans ses Annales.

Pendant longtemps, le traitement des fractures des membres est resté, pour ainsi dire, tel qu'il était sorti des mains des grands chirurgiens de la fin du siècle dernier.

La révolution, que la découverte d'un bandage contentif inamovible est venue opérer dans cette partie de l'art chirurgical, a engagé l'un de nous, M. Seutin, à demander à la Compagnie de confier à une commission, nommée dans son sein, le soin de constater et de vérifier les résultats qu'il a obtenus de son bandage amidonné, dans les fractures graves où il en avait fait l'application immédiate. « On ne doute plus, comme je le disais il y a deux ans, de l'utilité de la méthode amovo-inamovible dans le traitement des fractures. Mais, est-il prudent de recourir à cette méthode dans les fractures compliquées? N'est-il pas des fractures où des accidents graves sont trop à craindre pour qu'on se prive des moyens d'en suivre les développements? Et enfin, l'emploi immédiat de cette méthode, dans les fractures compliquées, est-il un moyen de prévenir les accidents consécutifs? »

L'Académie a consacré plusieurs séances à l'examen de ces questions, en appelant chacun de ses membres à faire connaître les enseignements de son expérience. Les discussions ne sont point terminées encore. La Compagnie les reprendra bientôt à l'occasion du concours qu'elle a cru devoir ouvrir sur la matière, et l'année, où nous sommes à la veille d'entrer, ne s'écoulera pas, sans doute, sans que nous ayons à enregistrer dans nos Annales un fait de plus à ajouter à ceux qui doivent à M. Seutin la belle réputation dont il jouit. Je me borne à mentionner ici le Mémoire que notre collègue nous a présenté sur l'emploi de la compression aortique dans les hémorrhagies graves, consécutives à la parturition.

L'étude des affections de l'appareil génito-urinaire a fait de grands progrès depuis dix ans. Chaque jour voit, pour ainsi dire, éclore une observation nouvelle. Dans le travail qu'il a remis à l'Académie sur ce sujet, M. Didot démontre, par trois faits puisés dans sa pratique, les bons effets qu'il est possible d'obtenir de l'opération de la boutonnière, pratiquée à l'urètre dans les contusions du périnée. L'utilité de cette opération, rarement pratiquée aujourd'hui, a également fixé l'attention du professeur Ekstrôm, de Stockholm, qui y a eu recours dans plusieurs circonstances. L'Académie s'est réservé de se prononcer, dans une de ses prochaines séances, sur les propositions que M. Didot déduit des faits qui se sont présentés à son observation.

Un seul travail sur la médecine légale a été soumis à l'Académie. Il concerne les signes de l'asphyxie, suite de l'infanticide par submersion. Les recherches de son auteur, M. le docteur Lados, de Gand, méritent à tous égards de fixer l'attention des médecins légistes, et, à ce titre, elles devaient trouver place dans le bulletin de nos séances.

La littérature médicale de notre pays est redevable à M. Broeckx d'un grand nombre de recherches intéressantes. Celles qu'il nous a communiquées sur l'invention du forceps prouvent non-seulement l'importance de la branche d'études dont il s'occupe, mais encore que c'est bien à l'un de nos compatriotes, Jean Palfyn, de Courtrai, que doit être rapportée la découverte d'un instrument qui sera à jamais considéré comme le plus précieux de tous ceux que l'art obstétrical emploie. Le Mémoire de notre collègue figure aussi dans le compte-rendu de nos séances.

Les bornes dans lesquelles je dois me circonscrire m'obligent, à regret, à mentionner simplement ici les communications, les lectures et les rapports que l'Académie doit à plusieurs d'entre nous, MM. Verbeeck, Delahaye, De Meyer, Fallot, Guislain, Vleminckx, Michaux, Tallois, Cunier et De Hemptinne.

La Compagnie avait proposé quatre prix pour le concours de 1846. Une seule des questions inscrites sur son programme est restée sans réponse, et les trois autres ont provoqué l'envoi de cinq Mémoires, dont deux ont été jugés dignes d'une honorable distinction. Ces résultats ne répondent pas complétement à ce que l'Académie devait attendre de sa libéralité et de ses vues, mais aucun des travaux qu'elle avait à juger ne sera perdu pour la science. L'un, malheureusement trop incomplet pour mériter une récompense académique, aborde l'étude de l'état puerpéral et celle des maladies auxquelles cet état prédispose. Dans un autre, qui est l'œuvre d'un homme érudit, très-versé dans la physique et dans la chimie, se trouve traitée la grande et belle question de l'influence que les progrès de ces sciences, depuis le commencement du dix-neuvième siècle, ont exercée sur la médecine théorique et pratique. Les lacunes que ce travail présente ne pouvaient pas non plus échapper aux commissaires chargés de son examen.

L'attention de l'Académie s'est particulièrement portée sur deux des trois Mémoires, qu'elle a reçus sur un sujet qui préoccupe depuis longtemps les hommes d'Etat et les moralistes, et qui sera bientôt livré aux débats de nos chambres législatives : le régime hygiénique à prescrire pour les détenus, dans les maisons pénitentiaires soumises au régime de la séparation complète. Les auteurs de ces écrits se recommandent, à des titres différents, aux méditations de ceux qui étudient le grand et difficile problème d'intérêt social, à la solution duquel la Compagnie tenait à honneur de prendre part; mais la réunion de leurs vues, de leurs appréciations et des faits sur lesquels ils s'appuient, constitue un ensemble d'où sortiront les enseignements les plus utiles. Une médaille d'or de cinq cents francs est décernée au travail de M. R. Chassinat, docteur en médecine à Saint-Germain-en-Laye. La même distinction aurait été accordée à celui de M. le docteur Diez, directeur de la maison de force à Bruchsal, s'il n'était malheureusement arrivé après le terme fixé par le programme. Ces deux Mémoires seront publiés dans nos Annales.

Au concours, dont je viens d'indiquer les résultats, se lie celui que l'Académie a ouvert sur un point d'hygiène vétérinaire, pour l'élucidation duquel une personne inconnue a créé un prix de six cents francs. Trois concurrents se sont présentés dans l'arène. L'Académie a jugé que l'un des Mémoires remplit les conditions du concours, et que son auteur a droit à la récompense promise. La question, que M. le docteur De Saive avait à traiter, était celle de l'emploi du sel marin dans l'alimentation des animaux domestiques servant à l'agriculture.

Un quatrième nom est à ajouter à ceux de ces lauréats : c'est celui de M. le docteur Jacques, de Sirod, département du Jura, qui s'est fait connaître depuis notre dernière séance publique, comme l'auteur d'un travail sur les préparations ferrugineuses que la Compagnie a honoré, il y a deux ans, d'une médaille d'encouragement en or.

Les relations, que l'Académie entretient avec les sociétés nationales et étrangères, continuent à s'accroître. Ces relations enrichissent sa bibliothèque ; mais elles ont une portée bien plus utile, en ce qu'elles donnent à la Compagnie les moyens de se tenir au courant des découvertes, de procurer à ses membres les indications ou les appréciations dont ils ont besoin pour leurs travaux particuliers, et enfin, de pouvoir prendre part à l'étude des questions qui exigent le concours d'un grand nombre d'hommes éclairés. Vous savez, en effet, Messieurs, que, pour perfectionner les sciences, il faut les rapprocher et les unir, et que c'est le sentiment de cette nécessité qui a conduit à la création des corps académiques.

On ne peut apprécier les services que l'Académie est appelée à rendre dans sa sphère, sans tenir compte des difficultés qui ont embarrassé sa marche depuis son institution. Elle a dû consacrer chaque année plusieurs de ses rares séances à son organisation intérieure, à l'examen des affaires administratives très-nombreuses que le Gouvernement lui a soumises ; et, au moment même où je vous parle, Messieurs, elle ignore encore si la législature, faisant droit à ses justes réclamations, lui fournira les moyens de donner à ses travaux l'activité et les développements qu'ils exigent, et sans lesquels son existence ne saurait être assurée.

Nous siégeons aujourd'hui, Messieurs, dans la demeure de nos anciens princes, devenue le palais des sciences, des lettres et des arts, et devant les portaits d'André Vésale et de Kluyskens, que la Compagnie doit à la libéralité du Gouvernement. Peu d'hommes ont plus de titres que le premier aux hommages dus au génie. Que de beaux et honorables souvenirs l'image du second ne nous rappelle-t-elle pas ! Le Bureau est heureux de vous apprendre que le même honneur attend d'autres célébrités médicales de notre pays ; les assurances qu'il a reçues à cet égard sont formelles, et l'administration ne saurait manquer à ses promesses, sans se montrer ingrate envers une science qui, comme on l'a dit, a pour objet la chose la plus sainte de la terre, l'apaisement des souffrances de l'homme.

Ici finirait ma tâche, Messieurs, si je n'avais un dernier hommage à rendre à un digne collègue que nous avons perdu depuis l'année dernière.

Jean-Toussaint Rutten, docteur en médecine, membre honoraire de notre Académie, président de la Commission médicale locale de Verviers, etc., naquit le 16 mai 1766, à Chênée, village peu distant de Liége, situé au confluent de l'Ourte et de la Vesdre.

Il était encore au berceau lorsqu'il perdit ses parents. Un de ses oncles le recueillit, et, au sortir de son enfance, il le plaça au collége des jésuites à Liége, puis à celui des oratoriens à Douai, où il acheva son cours de philosophie de la manière la plus brillante.

Lorsque le jeune Rutten dut penser à fixer son avenir, car il était sans fortune, son goût pour les sciences physiques l'entraîna vers l'étude de la médecine.

L'université de Montpellier comptait alors au nombre de ses professeurs les Chaptal, les Barthez, les Baumes et les Broussonet. C'est à cette école célèbre qu'il alla demander les enseignmeuts de la science, qu'il devait cultiver un jour avec tant de succès.

Il avait à peine vingt-deux ans, lorsqu'il obtint le titre de docteur en médecine (1). A son retour dans son pays natal, une circonstance particulière, l'exécution d'un legs pieux, qu'il avait trouvé dans l'héritage de l'un de ses condisciples, le mit en rapport avec le docteur Philippe de Limbourg, de Theux, qui jouissait à juste titre d'une haute renommée. C'est sous les yeux et sous le patronage de ce médecin, dont il était devenu l'ami, que notre collègue commença sa carrière, en consacrant à l'étude les moments qu'il ne donnait pas à ses malades.

Vers 1806, Rutten quitta le bourg de Theux pour aller se fixer à Verviers, où l'appelait le besoin d'assurer l'avenir de sa famille. Sa réputation le suivit sur ce nouveau théâtre, et, depuis cette époque jusqu'à la fin de ses jours, sa clientèle n'a pour ainsi dire point cessé de s'accroître.

En 1808, la place de maire de Verviers devint vacante. Rutten fit acte de bon citoyen en acceptant ces fonctions, qu'il remplit pendant vingt-deux ans consécutifs, malgré les exigences de sa profession et les difficultés contre lesquelles il eut à lutter en différentes circonstances. Le roi Guillaume récompensa ses services administratifs en le décorant de l'Ordre du Lion Néerlandais.

La révolution de 1830 trouva notre collègue au poste honorable où les suffrages de ses concitoyens l'avaient appelé en 1808. Il ne tarda pas à renoncer à ses fonctions publiques pour se consacrer tout entier aux soins que réclamaient sa clientèle nombreuse et sa correspondance étendue ; car beaucoup d'étrangers recouraient

(1) Sa thèse inaugurale, qu'il soutint le 22 octobre 1788, est intitulée : *Aphorismi de cognoscenda et curanda lue venerea.*

incessamment à ses conseils, dont ils connaissaient le prix par les succès qu'il obtenait chaque année sous leurs yeux, à l'époque de la saison des eaux de Spa, où il se rendait régulièrement deux fois par semaine.

Rutten s'était fait un devoir de venir assister à la séance d'installation de notre Académie. L'âge commençait déjà alors à miner cette existence active. La vieillesse ne lui fit cependant rien perdre de son tact, de ses facultés et de son dévouement à ses malades. L'affaiblissement de ses forces put seule le faire renoncer à la place de médecin en chef des hôpitaux de Verviers, qu'il occupait depuis trente-quatre ans.

Nommé médecin consultant du Roi, le 19 janvier 1835, il obtint, dix ans après, la décoration de l'Ordre de Léopold, en récompense des services qu'il avait rendus pendant sa longue et honorable carrière. Il est mort le 4 novembre 1845, dans les bras de sa famille, emportant les regrets de ses concitoyens et pleuré par les pauvres, auxquels il ne refusait jamais le secours de ses lumières. Il avait alors près de quatre-vingts ans.

Rutten dut à l'étendue et à la variété de ses connaissances, mais surtout à un jugement droit et à un tact sûr, la réputation dont il a joui, comme médecin, pendant plus d'un demi-siècle.

Je m'arrête ici, Messieurs. Mon rapport offre le précis et l'ensemble des travaux de l'Académie pendant l'année qui vient de s'écouler. Ce n'est, toutefois, qu'en recourant au bulletin de ses séances et au recueil de ses Mémoires qu'il est possible d'apprécier si elle continue à remplir le but de sa mission. « Point de dignité sans devoir, point de prééminence sans service, point de pouvoir sans activité profitable. »

Après ce compte rendu, M. Mascart lit un discours sur l'Utilité de l'institution des médecins cantonaux.

Puis M. Marinus, membre titulaire, fait l'éloge de Van den Spieghel (Adrien).

Après ces lectures, M. le Président proclame les noms des auteurs des Mémoires auxquels l'Académie a décerné des médailles, dans ses séances des 6 octobre 1844 et 27 septembre dernier. Ce sont :

Pour la question relative à *l'hygiène des détenus dans les maisons pénitentiaires soumises au régime de la séparation complète :* MM. Raoul Chassinat, docteur en médecine, à Saint-Germain-en-Laye, et C.-A. Diez, docteur en médecine, directeur de la maison de force à Bruchsal (grand-duché de Bade) ;

Pour la question de l'*emploi du sel dans l'alimentation des ani-*

maux domestiques servant à l'agriculture, M. le docteur De Saive, à Bruxelles;

Pour la question proposée au concours de 1844, sur *les préparations ferrugineuses*, M. E.-A. Jacques, docteur en médecine à Sirod, département du Jura. C'est depuis la dernière séance publique que ce médecin s'est fait connaître, comme auteur du travail que la Compagnie a honoré d'une médaille d'encouragement en or.

A la suite de ces communications, M. le Président annonce, en ces termes, les questions proposées pour les prochains concours.

I. — *Concours de* 1845-1847.

Première question. — « Faire connaître l'influence que les marais et les *polders* exercent, spécialement en Belgique et dans les pays limitrophes, sur la santé et sur la durée de la vie; indiquer les moyens de neutraliser cette influence en tout ou en partie, par des mesures d'hygiène tant publiques que privées. »

Prix : *Une médaille d'or de* 1,200 *francs.*

Deuxième question. — « Déterminer, par des expériences, les modifications qu'éprouvent l'albumine animale, la fibrine, le sucre, la fécule et la gomme, dans le canal digestif;

« Examiner sous quelle forme ces matières sont absorbées, et comment elles se comportent avant et lors de la conversion du chyle en sang. »

L'Académie désire que ce travail soit accompagné d'une série d'analyses quantitatives des substances provenant des modifications ci-dessus indiquées.

Prix : *Une médaille d'or de* 800 *francs.*

Troisième question. — « Établir une théorie de la chylose, de la lymphose et de l'hématose, au point de vue des analogies que ces trois actes organiques peuvent présenter;

« Faire connaître les transformations que le chyle, la lymphe et le sang subissent, et leurs usages définitifs dans l'économie. »

Prix : *Une médaille d'or de* 1,000 *francs.*

Quatrième question. — « Énumérer les divers traitements qui ont été successivement proposés dans les fractures des extrémités; faire ressortir leurs avantages relatifs, et indiquer quels sont les traitements qui doivent obtenir aujourd'hui la préférence. »

Prix : *Une médaille d'or de* 1,000 *francs.*

Cinquième question. — « Faire un examen approfondi de la constitution chimique des corps gras employés en médecine; ex-

poser leurs caractères distinctifs, leurs altérations spontanées, et les moyens de reconnaître leurs falsifications. »

Prix : *Une médaille d'or de* 500 *francs.*

II. — *Concours de* 1846-1848.

Première question. — « Décrire l'état puerpéral, et éclairer, par des faits, la nature et le traitement des maladies auxquelles cet état prédispose. »

Prix : *Une médaille d'or de* 500 *francs.*

Deuxième question. — « Faire l'histoire de l'albuminurie, en insistant d'une manière spéciale sur la nature de la maladie. »

Prix : *Une médaille d'or de* 600 *francs.*

Troisième question. — « Écrire un exposé raisonné de toutes les recherches et découvertes faites, depuis le commencement du XIXe siècle, pour éclairer les questions relatives aux empoisonnements, considérés tant au point de vue du traitement médical à leur opposer, que sous le rapport médico-légal. »

L'Académie ne demande point de recherches nouvelles, mais bien un exposé complet de l'état de la science sur la matière.

Prix : *Une médaille d'or de* 600 *francs.*

Quatrième question. — « Donner la structure anatomique comparée de l'utérus chez les femelles des animaux domestiques quadrupèdes ; décrire, avec précision, les modifications que les corps de Gartner subissent aux différents âges de la vie et dans l'état de gestation, chez les animaux qui sont pourvus de cet appareil organique ; et, enfin, indiquer le rôle que cet appareil remplit dans l'économie animale. »

Prix : *Une médaille d'or de* 300 *francs.*

Cinquième question. — « Déterminer la valeur de l'auscultation et de la percussion appliquées aux maladies de poitrine du cheval ; établir, par des faits, les lésions des organes thoraciques que ces méthodes permettent de diagnostiquer. »

Prix : *Une médaille d'or de* 500 *francs.*

Les mémoires en réponse à ces questions doivent être écrits en latin ou en français.

Leur remise devra avoir lieu, savoir : pour les questions du premier programme, avant le 1er avril 1847, et pour celles du second, avant le 1er avril 1848.

Les Mémoires manuscrits seront seuls admis aux concours ; ils devront être adressés, francs de port, à M. le docteur D. Sauveur, secrétaire de l'Académie, rue du Bois-Sauvage, n° 2, à Bruxelles. Les planches qui seraient jointes aux Mémoires doivent être également manuscrites.

Les auteurs ne mettront point leurs noms à leurs ouvrages, mais seulement une devise qu'ils répèteront dans un billet cacheté, renfermant leur nom et l'indication du lieu de leur résidence. Ceux qui se feraient connaître de quelque manière que ce soit, ainsi que ceux dont les Mémoires arriveraient après les termes fixés ci-dessus, seront exclus des concours.

L'Académie informe MM. les concurrents :

1° Que ses membres, les correspondants exceptés, ne peuvent point prendre part aux concours ;

2° Que les jugements, portés sur les Mémoires, seront respectivement publiés dans les séances publiques de 1847 et de 1848 :

3° Que les ouvrages couronnés seront imprimés dans le recueil de ses Mémoires ;

4° Que les auteurs de ces ouvrages auront droit à en obtenir gratuitement cinquante exemplaires, indépendamment de la faculté qui leur sera laissée d'en faire tirer en sus de ce nombre, en payant à l'imprimeur, pour chaque feuille, une somme dont le montant est fixé par le bureau d'Administration.

La séance est levée à trois heures.

MÉTÉOROLOGIE. — *Observatoire royal de Bruxelles.*

NOV. 1846.	Baromètre réduit à 0°, à 9 h. du matin.	Température centigrade de l'air, à 9 h. du m.	Extrêmes de la température centigrade. Maxim.	Minim.	Hygromètre de Saussure, à 9 h. du m.	Hauteur de l'eau recueillie à midi en millim.	VENTS dominants.	ASPECT GÉNÉRAL DE LA JOURNÉE.
	mm.	°	°	°	°			
1	761,09	+ 8,9	+10,9	+ 8,1	94,5	»	SO.-SE.	Temps gris.
2	760,64	+ 8,3	+11,6	+ 6,1	94,0	»	SE.	Beau.
3	762,18	+ 6,5	+13,0	+ 4,1	99,0	»	SSE.-S.	Superbe.
4	764,17	+ 5,7	+ 12,8	+ 3,1	92,5	»	SSE.-SSO.	Superbe.
5	765,17	+ 4,4	+ 10,4	+ 1,5	95,0	»	SSO.-ENE.	Superbe.
6	764,41	+ 1,0	+ 3,9	+ 0,5	97,0	»	E.-ESE.	Temps gris.
7	765,33	+ 1,3	+ 2,5	+ 0,5	98,0	»	ESE.-ENE.	Sombre et couvert.
8	768,23	+ 0,0	+ 2,1	+ 0,7	98,0	»	E.-ENE.	Temps gris.
9	770,90	+ 1,8	+ 5,0	+ 0,4	91,0	»	ENE.	Sombre; s'éclaircit le soir.
10	769,48	+ 0,2	+ 6,0	+ 1,6	93,5	»	ENE.	Superbe.
11	764,83	+ 0,1	+ 6,1	+ 1,7	97,0	»	ENE.	Superbe.
12	766,56	+ 1,2	+ 0,0	+ 2,7	98,0	»	ENE.	Sombre le matin; s'éclaircit le soir.
13	766.91	+ 0,9	+ 5,8	+ 2,1	100,0	»	ENE.-E.	Très-beau.
14	765,69	+ 1,3	+ 5,0	+ 1,5	99,0	»	E.	Temps gris.
15	763,56	+ 4,8	+ 6,9	+ 3,9	97,0	»	E.-ESE.	Sombre mais beau.
16	764,03	+ 3,9	+ 8,6	+ 1,7	96,0	»	E.-ESE.	Superbe.
17	760,56	+ 1,0	+ 6,5	+ 1,6	95,0	»	ESE.-SSO.	Superbe, le soir le ciel se couvre.
18	756,64	+ 8,3	+10,3	+ 5,9	99,0	»	SSO.	Couvert, pluvieux.
19	756,59	+ 8,8	+11,0	+ 7,2	96,0	2,42	SSO.	Couvert; s'éclaircit le soir.
20	752,53	+ 8,3	+11,7	+ 6,2	91,5	»	SSE.	Assez beau; pluie le soir.
21	753,75	+ 7,8	+10,3	+ 7,2	95,0	1,27	SSO.	Assez beau.
22	746,46	+ 8,1	+ 9,3	+ 4,8	97,5	2,86	SSO.-SO.	Pluvieux, orageux.
23	754,67	+ 5,1	+ 9,0	+ 4,1	93,0	2,87	SO.	Couvert le matin; pluvieux le soir.
24	751,26	+10,8	+11,4	+ 8,9	98,0	10,56	SO.-SSO.	Couvert, pluie par intervalles.
25	751,88	+11,4	+13,7	+11,0	99,0	11,32	SO.	Très-sombre.
26	742,56	+ 9,3	+13,7	+ 7,0	91,5	5,35	SO.	Sombre; pluvieux le soir.
27	740,67	+ 7,9	+ 8,5	+ 5,1	97,0	2,93	SSO.-SO.	Assez beau.
28	740,88	+ 7,0	+ 8,7	+ 4,5	96,0	0,64	OSO.	Pluvieux.
29	748,77	+ 1,8	+ 5,2	+ 0,1	96,0	0,38	OSO.	Assez beau.
30	752,60	+ 0,0	+ 3,7	+ 0,6	95,0	»	SO.	Assez beau.

REPRODUCTION ET REVUE

DES

JOURNAUX ETRANGERS.

II. HYGIÈNE, DIÉTÉTIQ., PHARMACOLOGIE ET TOXICOLOGIE.

TOXICOLOGIE. — 1. *Notice sur les principaux contre-poisons et sur la thérapeutique des empoisonnements*; par M. BOUCHARDAT.

(Gazette médicale de Paris, N° 45; 1846.)

L'Hôtel-Dieu, par sa position centrale, est l'hôpital auquel le peuple de Paris et l'administration ont le plus souvent recours, lorsqu'un accident ou une maladie dangereuse rendent des secours rapides indispensables. Au nombre de ces cas urgents, on doit compter les empoisonnements. Mon attention a donc dû être souvent appelée sur ce sujet important; j'ai fait aussi sur les animaux de nombreuses expériences sur les contre-poisons; je crois donc être à même de pouvoir donner sur ce sujet d'utiles renseignements : pour cela je vais résumer dans cette notice des recherches qui sont ou inédites ou éparses, soit dans mon *Formulaire*, soit dans mes *Annuaires*, soit dans la dernière édition de mon ouvrage de matière médicale, soit enfin dans les différentes publications de l'année. J'insère cet écrit dans mon *Annuaire* de 1847, parce que cet ouvrage est également entre les mains des médecins et des pharmaciens, et que je crois que pour ces derniers des notions exactes sur certaines parties de la thérapeutique sont aussi indispensables que pour le médecin; en effet, dans les cas menaçants qui demandent des soins immédiats, où la science la plus exacte est indispensable, on a souvent recours forcément au pharmacien, parce que le docteur est absent, et que le pharmacien est toujours chez lui. Il existe là une lacune considérable dans l'enseignement pharmaceutique, qui, pour le moment, ne peut être comblée que par des publications analogues à celles que je vais consigner ici.

Je divise en trois catégories les secours qui sont réclamés par une personne victime d'un empoisonnement. Le poison étant reconnu, la première indication à remplir est de l'évacuer. On

emploie pour cela les émétiques, les éméto-cathartiques, les purgatifs et la sonde œsophagienne. La seconde indication, c'est d'administrer le contre-poison. La troisième indication, c'est de prodiguer à l'empoisonné les soins médicaux que réclame son état, et qui se divisent en soins généraux qui conviennent à tous les empoisonnements et en médications propres à chaque empoisonnement en particulier.

1° Pour évacuer le poison, on a le plus souvent recours au tartre stibié; on donne 5 centigrammes d'émétique dissous dans un demi-verre d'eau; on répète cette dose trois ou quatre fois, à quelques minutes d'intervalle; on fait boire beaucoup d'eau tiède, et il est souvent à propos de favoriser le vomissement par la titillation de la luette. Si on n'a pas d'émétique, on peut le remplacer par 20 centigrammes de sulfate de cuivre dissous dans deux cuillerées d'eau; on réitère cette dose; quelquefois ce vomitif est préférable, parce qu'il agit plus rapidement.

Quand le poison est insoluble, et qu'on peut penser avec raison qu'il a franchi l'estomac, et qu'il se trouve dans l'intestin grêle, on doit préférer alors un éméto-cathartique. On fait dissoudre 20 centigrammes de tartre stibié et 60 grammes de sulfate de soude ou de magnésie dans un litre d'eau, et on administre rapidement par verrées. On a conseillé encore assez souvent dans les empoisonnements par les substances végétales nuisibles, d'administrer de fortes solutions de sel marin, qui agissent comme éméto-cathartiques, 50 grammes de sel marin par litre d'eau. Ce moyen peut être infiniment précieux; car on a toujours du sel sous la main, et on ne saurait administrer trop tôt un évacuant.

Quand le poison a été pris sous forme de lavements, et qu'il est parvenu dans les gros intestins, il faut alors avoir recours aux lavements purgatifs. Celui qu'on doit préférer dans ces conditions doit être préparé avec 20 grammes de séné, 50 grammes de sulfate de soude et 500 grammes d'eau; ce lavement convient infiniment mieux que les drastiques plus énergiques, dont l'action est plus lente, et que j'ai vu souvent prescrire avec succès. Lorsqu'on ne fait pas apparaître les vomissements à l'aide des émétiques, il est convenable, quand le poison est encore dans l'estomac, d'introduire dans cet organe une sonde œsophagienne, à laquelle est adaptée une pompe aspirante.

2° Le contre-poison est pour moi la substance qui forme une combinaison insoluble ou inoffensive avec la partie active du poison ingéré. Il est quelques règles générales sur l'emploi des contre-poisons que nous allons rappeler. Autant que faire se

pourra, il faut donner la préférence à un contre-poison d'une complète innocuité, et qu'on puisse se procurer immédiatement partout. Il faut administrer le contre-poison en quantité beaucoup supérieure à celle qui est strictement nécessaire pour opérer la neutralisation chimique du poison, et cela par plusieurs raisons. En effet, le contre-poison pourra être rejeté presque aussitôt après son administration ; et dans les cas les plus heureux, on doit considérer que la plupart des combinaisons insolubles ne le sont qu'à la limite, et elles ne le sont que relativement; puis comme il faut une action rapide, une grande masse de contre-poison sera beaucoup plus efficace pour envelopper de toutes parts le poison et pour déterminer la prompte formation de la combinaison insoluble ou inoffensive.

Il est plusieurs contre-poisons qui, quoique formant avec les poisons des combinaisons extrêmement peu solubles dans l'eau, ne sont cependant pas d'une complète efficacité ; ces combinaisons avec le temps peuvent être lentement dissoutes dans l'appareil digestif et amener la continuité des accidents. Il convient dans ces cas d'insister sur la médication évacuante après l'administration du contre-poison.

Quand le poison a pu traverser l'estomac et pénétrer dans l'intestin grêle, toutes choses égales d'ailleurs, il faudra alors préférer un contre-poison insoluble à un contre-poison soluble, dont l'effet pourrait se limiter à l'estomac.

3° Un empoisonnement est une maladie déterminée par une cause connue ; il faudra la combattre par tous les moyens rationnels, dont l'expérience a constaté l'efficacité. Dans presque tous, pour ne pas dire dans tous les empoisonnements, la mort arrive par suite de troubles considérables qui se manifestent dans les grands appareils de la circulation et de la respiration. Il faudra donc surveiller ces fonctions, dont l'exercice continuel est indispensable au maintien de la vie, et mettre tout en œuvre pour qu'elles ne se suspendent pas, même momentanément ; car cette suspension prolongée, c'est la mort.

On ranime la circulation en réchauffant la peau à l'aide de couvertures chaudes, de frictions sèches, de boules d'eau tiède, de sinapismes promenés sur divers points ; quelquefois il est utile de pratiquer une petite saignée. On facilite la respiration par l'introduction d'un air pur en quantité suffisante, par des pressions alternatives sur les parois du thorax, par des insufflations d'air, par des commotions galvaniques convenablement employées. Quand les organes sécréteurs éliminent aussi facilement de l'économie les poisons absorbés, il sera important

d'augmenter, s'il est possible, l'activité de ces organes, comme M. Orfila l'a fait, en recommandant les diurétiques dans les cas d'empoisonnements par les antimoniaux et les arsénicaux, qui sont éliminés par les reins ; comme nous l'avons fait en prescrivant les remèdes qui agissent en provoquant l'évacuation de la bile quand les poisons sont séparés par le foie, ce qui arrive à presque tous les poisons minéraux.

Quand le poison est absorbé et ne peut être facilement et promptement éliminé de l'économie, si l'on ne peut le poursuivre dans le sang avec le contre-poison, il faut alors avoir recours à des remèdes ou agents dynamiques dont l'action n'est point nuisible et peut se substituer à l'action dynamique fâcheuse du poison. C'est ainsi que le café agit dans les cas de l'empoisonnement par l'opium.

Abordons maintenant l'histoire des contre-poisons en particulier.

Empoisonnements par les acides. — Je crois avoir fixé de la manière la plus heureuse la thérapeutique de l'empoisonnement par les acides.

Dans les cas d'empoisonnement par les acides, le contre-poison seul suffit pour rétablir le malade, sans qu'il soit nécessaire de recourir aux évacuants et aux agents substitutifs.

Tous les auteurs de thérapeutique et de toxicologie prescrivent, pour combattre l'empoisonnement par les acides, l'emploi de la magnésie, des carbonates alcalins, du savon ; cela est très-rationnel, mais ne suffit pas : je crois avoir rendu un service véritable en formulant nettement le traitement qu'on doit suivre dans ces empoisonnements.

Il faut d'abord (comme tout le monde l'avait conseillé) administrer de la magnésie calcinée en excès; je préfère la magnésie hydratée, dont je donnerai plus loin la préparation à propos du travail de M. Bussy sur un contre-poison de l'acide arsénieux. Cette terre alcaline réunit de bien précieux avantages : elle est purgative, elle est insoluble et peut arriver dans l'intestin grêle et y saturer l'acide qui aurait pu y rester; mais son insolubilité la rend insuffisante pour remplir une indication capitale. J'ai prouvé que, dans les cas d'empoisonnement par l'acide sulfurique, cet acide était absorbé, et qu'arrivé dans le sang il pouvait déterminer la formation de caillots qui arrêtaient la circulation et conduisaient à la mort; il faut donc poursuivre cet acide sulfurique absorbé, et la chose est très-facile en administrant, après la magnésie, une substance alcaline soluble qui, étant rapidement absorbée, va dissoudre les caillots qui commençaient à se former. Aucune matière ne convient mieux à cet égard que le bicarbonate de soude. Il ne faut pas l'administrer avant la magnésie, car le dé-

gagement considérable d'acide carbonique, qui suivrait son emploi immédiat, pourrait faciliter ces perforations de l'estomac qui sont tant à craindre dans le cas d'empoisonnement par les acides. La magnésie ne présente point ce danger; il faut d'abord saturer avec elle les acides contenus dans l'appareil digestif. Voici la formule de traitement que j'ai souvent employée dans les cas d'empoisonnement par les acides :

1° Magnésie calcinée hydratée, 20 à 50 grammes délayés dans un litre d'eau ;

2° Puis, après l'emploi de la magnésie, prescrire abondamment des solutions de bicarbonate de soude, 10 grammes de ce sel par litre : voilà une proportion convenable.

Depuis que je suis à l'Hôtel-Dieu, ce traitement de l'empoisonnement par les acides a été plusieurs fois employé, à mon instigation, dans des cas très-graves et suivi de guérison. On l'a prescrit dans les cas d'empoisonnement par le bleu en liqueur, par l'acide sulfurique étendu de son poids d'eau, et par l'acide nitrique.

Nota. Il est bien entendu que ce traitement ne peut s'appliquer aux cas d'empoisonnement par des acides dont les sels sodiques sont vénéneux, tels que l'acide arsénique, etc.

Empoisonnements par les alcalis. — Il n'y a rien à changer à ce qui est prescrit par tous les auteurs dans ces empoisonnements. Il suffit d'administrer de la limonade, de l'eau vinaigrée en quantité suffisante pour neutraliser l'alcali ingéré. Si l'empoisonnement a eu lieu par la potasse et ses carbonates, je préfère la limonade tartrique à tout autre acide, si le poison potassique a été ingéré en grande quantité ; car les sels potassiques ne sont pas aussi inoffensifs qu'on l'admet généralement, et le bitartrate de potasse est le moins actif d'entre eux.

Empoisonnements par l'acide arsénieux. — On a fait, dans ces dernières années, de nombreuses recherches sur les contre-poisons de l'acide arsénieux, et la thérapeutique de l'empoisonnement arsenical semblait être définitivement fixée, lorsque les observations nouvelles de M. Bussy sont venues ajouter une page très-importante à cette histoire.

M. Bussy a montré que la magnésie, formant une combinaison insoluble avec l'acide arsénieux, pouvait être employée avec beaucoup d'avantage pour combattre l'empoisonnement par cet acide. M. H. Lepage lui a communiqué une observation constatant l'efficacité de cette nouvelle méthode thérapeutique. Quoi qu'il en soit, avant un plus ample examen, je renoncerais difficilement aux avantages de l'hydrate de peroxyde de fer, dont nous avons,

M. Sandras et moi, confirmé l'efficacité sous toutes les formes par de nombreuses expériences sur les animaux.

Si j'étais appelé aujourd'hui à donner mes soins à un malade empoisonné par l'acide arsénieux, voici comment j'agirais :

D'abord, je favoriserais le vomissement d'après les règles ci-dessus exposées ; puis j'administrerais l'hydrate de peroxyde de fer en gelée : un demi-kilogramme de cette gelée délayée dans deux litres d'eau sucrée. Il est indispensable de donner un grand excès du corps précipitant ; car, comme M. Orfila l'a prouvé, si on n'en donne que la quantité strictement nécessaire pour produire de l'arsénite de peroxyde de fer, la puissance vénéneuse de l'acide arsénieux n'est pas détruite, elle n'est qu'entravée.

Si on n'a pas d'hydrate de peroxyde de fer en gelée, il ne faut pas hésiter à faire prendre 30 *grammes de safran de mars apéritif*, délayés dans un litre d'eau, en attendant qu'on ait préparé de la gelée d'hydrate de peroxyde de fer. Nos expériences nous ont prouvé l'incontestable efficacité de ce moyen.

Nos expériences sur les chiens nous avaient également montré qu'on pouvait employer, comme contre-poison de l'acide arsénieux, le persulfure de fer en gelée (1) ; mais je crois infiniment préférable d'administrer, en même temps que l'hydrate de peroxyde de fer, 20 grammes de magnésie. Ce contre-poison doit être infiniment précieux, non seulement parce qu'il forme une combinaison insoluble avec l'acide arsénieux, mais encore parce que la magnésie purge et doit poursuivre le poison arsenical dans les intestins, et, en augmentant les selles, favoriser son expulsion de l'économie. Ainsi, pour résumer, je donnerai concurremment l'hydrate de peroxyde de fer et la magnésie. Comme cette dernière substance n'est efficace que lorsqu'elle est préparée avec

(1) M. Mialhe a nouvellement encore insisté sur l'emploi du protosulfure de fer dans l'empoisonnement arsenical ; mais, dans nos expériences, ce contre-poison s'est montré beaucoup moins efficace que l'hydrate de peroxyde de fer.

Le persulfure de fer est très-utile pour combattre l'empoisonnement par plusieurs substances métalliques ; il agit comme le protosulfure de fer, dont M. Mialhe a fait connaître l'utilité au moment où M. Sandras et moi, nous étions occupés à faire les expériences qui sont consignées dans notre mémoire sur les contre-poisons de l'arsenic, du mercure, du cuivre et du plomb (*Annuaire thérapeutique*, 1844). Nous ne saurions admettre, avec M. Mialhe, la non-existence du protosulfure de fer hydraté, décrit par Berzélius. Ce composé se forme toutes les fois que le persulfure alcalin est en excès ; mais il n'en est pas ainsi quand il y a un excès de persulfure de fer. Nous avons insisté, d'après Berzélius, sur cette condition, et nous avons dit qu'il était indispensable de verser le persulfate de fer dans le persulfure de potassium.

Il faut observer aussi que le persulfure de fer est très-rapidement altéré sous l'influence de l'oxygène de l'air, et que du soufre est mis à nu. Voilà pourquoi nous prescrivons de l'associer au sirop de sucre, et de le conserver dans des flacons bien fermés.

les précautions que M. Bussy a fait connaître, je vais les rappeler dans une note.

Quand on aura donné les contre-poisons, si le pouls devient misérable, si la peau se refroidit, on favorisera la réaction par des sinapismes, des couvertures chaudes, des frictions sèches, une petite saignée, des boissons stimulantes. Si la période algide a fait place à une réaction légitime, tout en maintenant strictement la liberté du ventre, on devra prescrire les boissons diurétiques nitrées, que M. Orfila a recommandées ; on facilitera ainsi l'expulsion du poison par les selles et par les urines, c'est-à-dire qu'on sollicitera les deux principaux émonctoires de cette substance vénéneuse.

Préparation de la magnésie qu'on emploie comme contre-poison (Bussy). — On peut obtenir facilement de la magnésie dans un état convenable par le procédé suivant. On place le carbonate de magnésie (magnésie blanche du commerce) dans un creuset de terre qui ne doit en être rempli qu'à moitié ; le creuset est chauffé de manière que le fond atteigne la température du rouge sombre ; on agite le carbonate continuellement avec une spatule en fer pendant la calcination ; l'eau et l'acide carbonique qui se dégagent déterminent dans la masse une sorte d'ébullition qui projette quelquefois une portion de la magnésie à l'extérieur du creuset. Quand ce dégagement a cessé, on essaye la magnésie par l'acide hydrochlorique ; elle ne doit plus retenir d'acide carbonique. Toutefois la magnésie qui renfermerait encore un peu d'acide carbonique serait préférable à celle qui serait restée longtemps exposée à une trop forte température.

Lorsque la magnésie n'a été que faiblement calcinée, elle s'hydrate promptement et avec facilité ; elle forme avec l'eau, à la température ordinaire, une gelée consistante, comme le fait l'albumine. 2 grammes de magnésie suffisent pour donner à 50 grammes d'eau et plus cette consistance gélatineuse.

Cette quantité de magnésie, délayée dans un litre d'eau, peut absorber, comme nous l'avons dit, 1 gramme d'acide arsénieux, dissous également dans un décigramme d'eau, de telle façon que, après avoir agité le mélange un instant et filtré la liqueur, elle ne précipite plus par l'hydrogène sulfuré.

Il faut éviter d'employer la magnésie trop fortement calcinée : son effet est presque tout à fait nul. On la reconnaît facilement aux caractères suivants : sa densité est plus grande que celle de la précédente ; sa cohésion est plus considérable ; au lieu de s'hydrater et de faire pâte avec l'eau, elle gagne le fond du liquide et forme un dépôt pulvérulent qui peut rester pendant

plusieurs mois en contact avec l'eau sans s'hydrater. Mise en contact avec une dissolution d'acide arsénieux, elle ne l'absorbe qu'avec une extrême lenteur.

On peut également préparer par la voie humide une magnésie hydratée très-efficace dans les cas d'empoisonnements. 100 grammes de sulfate de magnésie cristallisé (sel d'Epsom, sel de Sedlitz) renferment 51,22 d'eau, 16,26 de magnésie et 32,52 d'acide sulfurique. Il faut théoriquement 38,21 d'oxyde de potassium ou 45,52 d'hydrate pour décomposer complétement la dissolution de 100 grammes de ce sel, et en précipiter la magnésie à l'état d'hydrate. Mais si, au lieu de potasse pure, on emploie pour cette décomposition la potasse caustique ordinaire (pierre à cautère des pharmacies), qui contient toujours des chlorures, des sulfates, du carbonate et un excès d'eau, l'on peut sans inconvénient en prendre 50 parties pour 100 de sel à décomposer ; si, d'une autre part, on opère sur des liqueurs assez étendues, si le sulfate de magnésie est dissous, par exemple, dans 25 fois son poids d'eau, et la potasse dans 20 fois son poids du même liquide, l'on peut se dispenser de laver le précipité, et se contenter de l'exprimer fortement dans un linge. La petite quantité de sulfate de potasse et de sulfate de magnésie qu'il retient ne saurait avoir d'inconvénients sérieux, d'autant qu'il faut, pour l'administrer, délayer le précipité dans une grande quantité d'eau. 10 grammes de sulfate de magnésie dissous dans 250 grammes d'eau, décomposés, comme il vient d'être dit plus haut, par 5 grammes de pierre à cautère dissoute dans 100 grammes d'eau, fournissent un liquide qui contient encore un excès de sulfate de magnésie, et d'où la potasse caustique précipite une certaine quantité de magnésie, et donne un précipité qui, exprimé dans un linge et délayé dans l'eau sans être lavé, absorbe immédiatement 1 décigramme d'acide arsénieux dissous dans un décilitre d'eau. Je fais observer que cette proportion d'acide arsénieux n'est pas à beaucoup près la limite de ce que peut absorber la magnésie. Toutefois, ainsi que je l'ai dit plus haut, l'emploi de la magnésie calcinée, bien préparée, me paraît tout aussi sûr et plus facile que celui de l'hydrate de magnésie.

Empoisonnement par le sublimé corrosif et les autres sels mercuriels. — M. Orfila a découvert que l'albumine était un excellent contre-poison du sublimé corrosif ; en effet, son efficacité a été reconnue par de nombreuses expériences; c'est une substance d'un emploi fréquent, à la portée de tout le monde, d'une complète innocuité.

Dès les premiers symptômes qui caractérisent l'empoisonnement mercuriel, on fera prendre au malade quelques verres de blancs et de jaunes d'œufs délayés dans l'eau. On évitera de donner un grand excès d'albumine, qui, si elle n'était pas vomie, pourrait dissoudre une petite partie du précipité à mesure qu'il se formerait.

Il sera bon de faire avaler en même temps, ou le plus tôt qu'on pourra s'en procurer, 10 grammes de fer réduit par l'hydrogène, ou 50 grammes de gelée de persulfure de fer dont nous avons, M. Sandras et moi, démontré l'efficacité dans les cas d'empoisonnement par les sels mercuriels.

Il est indispensable de favoriser les vomissements et les évacuations alvines par d'abondantes boissons aqueuses ou mucilagineuses. Cullerier a pu sauver deux cents malades qui avaient pris un excès de sublimé corrosif, en leur faisant avaler à chacun, dans les vingt-quatre heures, 7 à 8 litres de lait, de décoction de graine de lin et d'eau tiède.

Empoisonnement par les sels de cuivre. — Le meilleur contre-poison des sels de cuivre, celui dont nous avons constaté la constante efficacité dans les expériences sur les animaux, qui me sont communes avec M. Sandras, c'est le fer réduit par l'hydrogène ; il faut l'administrer en quantité au moins aussi élevée que le sel de cuivre ingéré.

Si l'on a à sa disposition de l'hydrate de persulfure de fer, on le prescrira également avec beaucoup d'avantages. On peut donner 100 grammes de gelée de persulfure de fer délayés dans 200 grammes de sirop de sucre.

Si l'on n'a immédiatement sous sa main ni fer réduit par l'hydrogène ni hydrate de persulfure de fer, il n'y a pas à hésiter : il faut administrer de l'eau albumineuse (six blancs d'œufs délayés dans un litre d'eau). L'albumine forme des composés insolubles avec les sels de cuivre. M. Orfila a constaté l'efficacité de ce contre-poison par de nombreuses expériences.

On a beaucoup discuté sur l'utilité du sucre dans les empoisonnements par les sels de cuivre. Les médecins qui ont vanté cette substance ont prétendu que le sel de cuivre était décomposé dans l'appareil digestif par le sucre. Cette explication est erronée ; en effet, si le sucre de cannes, converti en sucre interverti par le suc gastrique, possède la propriété de réduire les sels de cuivre au maximum, il faut que la température soit plus élevée qu'elle ne l'est dans l'appareil digestif. Je reconnais qu'on a pu sauver des malades empoisonnés par les sels de cuivre en les gorgeant de sucre et en favorisant les vomissements et les évacuations al-

vines; mais le rôle du sucre est tout différent de celui qu'on lui avait assigné. Nous avons démontré, M. Sandras et moi, dans nos expériences sur la digestion des sucres et leur rôle dans la nutrition, que, lorsqu'on donnait à un animal un grand excès de sucre, l'absorption était *considérablement ralentie,* et cela en conformité de lois démontrées par M. Dutrochet. On comprend alors sans peine comment, lorsque l'économie peut se débarrasser du cuivre par les vomissements et par les selles, le sucre qui retarde *singulièrement* l'absorption du poison puisse être utile; mais dans ce cas, son rôle ne peut être rapproché de celui des contre-poisons, mais bien de celui des évacuants et des substances qui entravent l'absorption.

Empoisonnement par les sels de plomb. — Il y a trois choses à considérer dans le traitement de l'empoisonnement par les sels de plomb :

1° Le traitement de l'empoisonnement actif des sels de plomb, pris à haute dose et en une ou un petit nombre de fois;

2° Le traitement de l'empoisonnement lent par les sels de plomb;

3° Le traitement prophylactique de l'empoisonnement saturnin.

J'ai déjà traité des deux derniers objets dans la deuxième édition de mon dernier ouvrage de matière médicale, et j'ai reproduit cet article dans mon *Annuaire* de 1846. Je donne seulement dans celui de 1847, à l'article *sulfure de fer,* la recette de sirop d'hydrate de sulfure de fer que nous avons adoptée, M. Sandras et moi.

Il ne nous reste plus qu'à parler du traitement de l'empoisonment actif des sels de plomb.

Le contre-poison sur l'efficacité duquel on est le plus en droit de compter, c'est l'hydrate de persulfure de fer; il faut en donner un excès au malade. Il est convenable de l'administrer mêlé avec une ou deux fois son poids de sirop de sucre. Si on n'a pas de sulfure de fer hydraté, on pourra prescrire une dissolution de 50 grammes de sulfate de soude et de magnésie.

Dans les deux cas, on pourra provoquer les vomissements et les évacuations alvines à l'aide de deux gouttes d'huile de croton.

Empoisonnement par l'acide sulfhydrique ou par le gaz des fosses d'aisance. — Il importe de faire *le plus tôt possible* respirer du chlore avec précaution. M. Labarraque a sauvé un vidangeur asphyxié en plaçant sous son nez, à différentes reprises, un linge trempé dans une dissolution de chlorure de soude.

Si l'on n'a pas de chlorure de soude sous la main, comme le

succès dépend de la rapidité du secours, on trouvera chez tous les épiciers (et il y en a partout) de l'eau de Javelle, qui est du chlorure de potasse, et on en imbibera un linge, qu'on promènera avec précaution sous le nez de l'asphyxié. On pourra activer, s'il en est besoin, le dégagement du chlore en versant quelques gouttes de vinaigre sur le linge imbibé d'eau de Javelle. On pourra encore, comme M. Mialhe l'a fait, obtenir un dégagement lent et gradué de chlore en enfermant dans une compresse une poignée de chlorure de chaux, et en versant sur cette compresse quelques gouttes de vinaigre.

Quand le malade commence à respirer, il faut l'exposer au grand air, rappeler la chaleur à la peau en la brossant fortement avec une brosse de crin et en l'enveloppant de couvertures chaudes. On pratiquera une saignée; puis on administrera une potion antispasmodique avec 2 grammes d'éther.

Empoisonnement par le foie de soufre ou par sa dissolution désignée sous le nom de Radical de Baréges, Solution pour bains sulfureux, Sulfure de potasse liquide (ou par les autres sulfures alcalins). — Il faut immédiatement provoquer le vomissement par l'ingestion d'une grande quantité d'eau tiède, par d'abondantes boissons mucilagineuses et par la titillation de la luette, et même si les vomissements étaient rebelles, il faudrait recourir à la pompe œsophagienne. On ne peut faire vomir avec l'émétique ou le sulfate de cuivre ou de zinc, car ces sels sont décomposés par le sulfure alcalin. On administre ensuite par demi-verrées, tant que les vomissements ont l'odeur d'œufs pourris, la solution de 10 grammes de proto-ou mieux de per-sulfate de fer dans un litre d'eau et 200 grammes de sucre; au lieu de sulfure de potasse vénéneux, il se forme du sulfate de potasse purgatif et du sulfure de fer insoluble. J'ai nouvellement découvert et prouvé sur des animaux l'efficacité de ce contre-poison, qui est très-précieux; car la double décomposition est instantanée, et les deux produits résultants inoffensifs; mais comme le sulfate de fer pourrait être nuisible, il faut surveiller son emploi et arrêter son administration, quand les vomissements ne contiennent plus de sulfure alcalin.

Empoisonnement par l'acide cyanhydrique. — 1° Il n'y a pas lieu d'administrer d'émétique.

2° Dans le cas d'empoisonnement par l'acide cyanhydrique, il faut se hâter de faire prendre le contre-poison; car si la mort doit suivre son administration, elle ne tarde guère.

Quand l'acide est pur, et même lorsqu'il est étendu de son volume d'eau, les accidents sont si rapides, que M. Larroque pense

qu'il n'y a rien à espérer de l'administration de l'antidote ; mais quand on a affaire à l'acide cyanhydrique médicinal, et surtout lorsqu'il est étendu d'eau, l'absorption est d'autant plus lente qu'il y a plus d'eau, et l'on peut espérer bon succès du contre-poison de M. Smith, qu'on peut préparer à l'avance comme il suit, et qui, d'après M. Larroque, peut se conserver plusieurs mois, en prenant les précautions suivantes. Au mélange des deux sulfates de fer, on ajoute une dissolution de sucre; on précipite ensuite par du carbonate de soude, et l'on conserve dans des vases pleins et bien fermés :

Sucre.	60	grammes
Sulfate ferreux.	55	—
Sulfate ferrique.	90	—
Eau.	250	—
Carbonate de soude criatallisé. .	560	—

Le chlore, employé concurremment avec le contre-poison du docteur Smith, peut rendre de très-utiles services.

3° Quand l'animal paraît sans vie, on peut pratiquer sur la colonne vertébrale d'abondantes affusions d'eau froide. J'ai constaté, ainsi que M. Louyet, l'efficacité de ce moyen indiqué par le docteur Robinson.

Empoisonnement par les alcalis végétaux et par les substances qui en contiennent. — La plupart des alcalis végétaux et les substances qui les contiennent peuvent être regardés comme des poisons redoutables pour l'homme. Ils agissent à petite dose, et ils sont promptement absorbés. Il est donc de la plus grande importance de les évacuer rapidement de l'économie ; on se conformera, pour atteindre ce but, aux instructions que j'ai données.

Le contre-poison des alcalis végétaux, le seul dont jusqu'ici l'expérience ait démontré l'efficacité, c'est l'iodure de potassium ioduré. J'ai inséré, dans le volume de 1842 de mon *Annuaire de thérapeutique*, tous les détails sur les composés insolubles qui résultent de la réaction de la solution d'iodure de potassium sur les alcalis végétaux : ce sont des iodures d'iodhydrates, sels bien définis, insolubles dans l'eau acidulée. Parmi tous les composés insolubles à bases d'alcalis végétaux, aucun ne réunit mieux cette condition importante d'être insoluble dans des liquides faiblement acidulés.

Voici la formule d'*eau iodurée* que j'emploie pour servir de contre-poison aux alcalis végétaux et aux substances qui en contiennent :

Iode.	20	centigr.
Iodure de potassium. . .	40	—
Eau.	500	grammes.

et non pas 5 centigrammes, comme cela a été imprimé à la page 33 de la seconde édition de mon *Manuel de matière médicale*.

On donne cette solution par demi-verrées, et les vomissements sont favorisés pour que le précipité insoluble formé ne séjourne pas dans l'appareil digestif.

Ce contre-poison a été employé avec succès dans les cas d'empoisonnement par l'*opium*, les sels de *morphine*, l'*aconit*, et j'ai essayé son utilité sur les animaux, dans les cas d'empoisonnement par l'*opium*, par les sels de *morphine*, par la *belladone* et le *stramonium*, par le *tabac*, par la *strychnine*. On peut employer avec de grandes chances de succès ce contre-poison dans les cas d'empoisonnement par la *ciguë*, l'*œnanthe* et les autres ombellifères vireuses, par la *staphisaigre*, l'*ellébore blanc*, la *cévadille*, la *colchique*, les sels de *quinine*; mais il ne serait d'aucune utilité dans les cas d'empoisonnement par la digitaline et par la digitale.

Je ne saurais dire s'il serait utile dans les cas d'empoisonnement par les champignons vénéneux.

Toujours est-il que la solution d'iodure de potassium ioduré est infiniment plus utile, pour combattre les empoisonnements par les alcalis végétaux et par les substances qui en contiennent, que la noix de galle et le tannin qui étaient préconisés; car si le tannin forme un composé insoluble avec presque tous ces corps, ce composé se redissout dans le plus léger excès d'acide, et l'on sait que le liquide contenu dans l'estomac présente souvent cette réaction.

Empoisonnement par l'opium et par les sels de morphine.—1° Il faut vider l'estomac par les émétiques, par les éméto-cathartiques et, s'il y a lieu, par la sonde œsophagienne;

2° On prescrira ensuite la *solution d'iodure de potassium ioduré*.

3° On combattra le narcotisme par le café à haute dose; ce n'est pas un contre-poison, mais c'est un remède excellent de la maladie morphique. J'ai bien des fois constaté son éminente utilité. Si on veut réussir, il faut le prescrire abondamment sans sucre, ou très-peu sucré et légèrement alcoolisé. Je le donne sans sucre et alcoolisé, parce qu'il faut qu'il soit absorbé le plus et le plus vite possible, et que les liquides sucrés restent infiniment plus longtemps dans l'appareil digestif que ceux qui ne le sont pas. Toutes nos expériences sur la digestion des sucres ont témoigné de l'importance de ce fait; l'alcool en petite quantité sert à favoriser l'absorption. Voici donc la recette que j'adopte :

Café torréfié et pilé.	50	grammes.
Obtenez par lixiviation café liquide. .	500	—
Eau-de-vie.	20	—

A prendre en quatre ou cinq minutes d'intervalle.

On peut également administrer le café sous forme de lavement.

Empoisonnement par la belladone, le stramonium, le tabac, les autres solanées vireuses et leurs produits. — 1° Evacuer le plus complétement possible l'appareil digestif;

2° Administrer la solution d'iodure de potassium ioduré en favorisant les vomissements;

3° Emissions sanguines, et si la réaction est considérable, boissons tempérantes, bains.

Empoisonnement par la noix vomique, la fève de Saint-Ignace, la strychnine, la brucine et autres produits ou composés strychniques.—La strychnine et les composés et produits strychniques ne causent aucune répulsion de l'appareil digestif quand ils sont introduits dans l'estomac; c'est pour ce motif que les animaux carnivores tels que les lions, les loups, les chiens, qui ont l'estomac d'une susceptibilité telle, qu'ils rejettent presque immédiatement les poisons qu'on leur fait ingérer, peuvent être empoisonnés par la strychnine et les composés strychniques qu'ils ne vomissent nullement.

1° Il convient donc, dans ces empoisonnements, de provoquer le plus sûrement et le plus promptement possible des vomissements abondants : de l'eau fortement salée, de l'émétique, voilà les agents qu'on devra employer de préférence;

2° On prescrira en même temps de l'eau iodurée.

Il faut donner un excès de contre-poison, car j'ai éprouvé que l'iodure d'iodhydrate de strychnine, quoique complétement insoluble dans l'eau acidulée, empoisonnait cependant; à la vérité, il faut une dose plus élevée de strychnine et beaucoup plus de temps, mais il n'en est pas moins certain que les chances d'absorption seront moins grandes en augmentant la proportion du contre-poison et en favorisant les évacuations.

3° Pour combattre les accidents tétaniques déterminés par l'absorption de la strychnine, ou des poisons strychniques, nous manquons encore de bonnes données cliniques; il est cependant quelques principes sur lesquels on peut insister sans courir le risque de se tromper.

Dans les cas de tétanos strychnique, la mort arrive par suite d'asphyxie, parce que les muscles, qui président à l'alternative des expansions et des contractions indispensables à l'acte de la

respiration, sont tellement rigides que leurs fonctions sont abolies. Sous ce point de vue les composés strychniques diffèrent essentiellement des poisons altérants, tels que les mercuriaux : ces derniers éteignent la vie ; les poisons strychniques, au contraire, exaltent à un degré suprême la vitalité des muscles involontaires, d'où cette rigidité qui est suivie d'asphyxie. Si la respiration pouvait être continuellement entretenue, quand les accès strychniques seraient passés, tout danger, toute maladie seraient disparus, si ce n'est peut-être un peu de lassitude, suite nécessaire de cette surexcitation. Il n'en est pas de même, comme on le sait, des poisons altérants; leur convalescence est longue, difficile, douteuse, car ils s'attaquent à tous les éléments vitaux.

Dans le cas d'empoisonnement strychnique, il faut donc entretenir la respiration à tout prix, par des inspirations d'air ou d'oxygène, par des pressions et des expansions alternatives des parois du thorax.

On pourrait encore faire prendre, soit sous forme de lavement, soit par l'estomac si les vomissements étaient interrompus, l'agent substitutif dont l'action est la plus sûre et la plus prompte pour combattre la rigidité tétanique, l'opium. J'administrerais donc sans hésiter trente ou quarante gouttes de laudanum de Sydenham, dissoutes dans 50 grammes d'eau, et j'en surveillerais l'effet.

Je m'arrête ici ; je compléterai, j'espère, ce travail, et je reviendrai sur les points les plus importants.

III. ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE.

PHYSIOLOGIE. 2. *Du lieu où s'opère la fécondation chez l'espèce humaine et les mammifères*; par M. **Coste**.

(Gazette médicale de Paris, N° 40 ; 1846.)

On a émis, dans ces derniers temps, sur cette question, deux opinions diamétralement opposées. En effet, pendant que M. Bischoff soutenait que le fluide séminal allait toujours féconder l'œuf dans l'ovaire, M. Pouchet supposait que la matrice était le lieu où cet œuf venait ordinairement recevoir l'influence du mâle. Mais je ne puis accepter ni l'une ni l'autre de ces manières de voir comme l'expression d'une loi générale ; car les auteurs dont je viens de parler ont mis évidemment l'exception à la place de la règle. C'est du moins ce qui me paraît résulter des observations que je vais faire connaître.

Dès 1837, j'avais déjà établi de la manière la plus positive qu'à l'époque du rut les vésicules de Graaf devenaient constamment le siége d'une tuméfaction, signe précurseur de leur déchirure prochaine et de la chute spontanée de l'œuf. Toutes les recherches auxquelles je m'étais livré depuis 1834, m'avaient permis de constater ce fait d'une manière si précise, que je n'hésitais pas à m'en servir comme d'un moyen de déterminer le lieu où la conception devait s'accomplir. N'était-il pas évident, en effet, que la chute spontanée de l'œuf étant une fois admise, il en résultait comme conséquence nécessaire, que le lieu et le moment de rencontre de cet œuf et du fluide séminal devaient varier suivant que le rapprochement des sexes avait lieu à une époque plus ou moins approchée de la déhiscence? Telle est la conclusion à laquelle je fus alors conduit, et voici dans quels termes elle se trouve exprimée dans mon *Embryogénie comparée* : « A l'époque du rut, « les vésicules de Graaf, celles du moins qui sont arrivées à ma- « turité, distendues par le liquide au milieu duquel l'œuf se « trouve suspendu, se déchirent... Mais à quelle époque les œufs « sont-ils parvenus dans la matrice? est-ce quelques heures ou « plusieurs jours après l'accouplement?... Le passage des œufs « dans les cornes de la matrice ne saurait avoir lieu à une époque « rigoureusement déterminée pour toutes les femelles; car, « puisque la déchirure des vésicules de Graaf se produit indé- « pendamment de l'acte copulateur, il s'ensuit que lorsque l'ac- « couplement a lieu lors de leur maturité complète, elles laissent « échapper l'œuf au moment même ou à une époque plus ou « moins éloignée, suivant qu'elles se rompent d'une manière « plus ou moins tardive. On peut concevoir aussi que, si l'accou- « plement ne s'opère qu'à une époque postérieure à celle qui « est marquée *pour leur maturité normale*, les œufs, parvenus « dans l'utérus ou en voie d'y arriver, reçoivent l'influence de « la conception, ou dans celui-ci, ou pendant qu'ils parcourent « le canal vecteur. »

Ainsi donc, comme on peut en juger par le passage que je viens de citer, non-seulement j'avais constaté la chute spontanée de l'œuf chez les vertébrés supérieurs, mais ce fait m'avait paru si formellement acquis à la science qu'il devint pour moi la preuve que la fécondation pouvait se faire, selon les circonstances, dans les divers points du canal vecteur, depuis l'ovaire jusqu'à la matrice et peut-être même dans la cavité de cette dernière.

Quatre ans plus tard, M. Pouchet, acceptant à son tour le fait de la chute spontanée de l'œuf, comprit aussi qu'il fallait en tenir compte pour déterminer le lieu où s'opérait la fécondation; mais

il crut pouvoir admettre que, dans l'état normal, la cavité de l'utérus était l'unique point où se réalisait ce phénomène, et que si, par exception, le sperme pénétrait dans les trompes, il ne s'y élevait jamais au-dessus de quelques millimètres. « C'est, dit-il, « la cavité utérine qui est le siége que la nature a essentiellement « affecté à la fécondation, et celle-ci s'opère lorsqu'un ovule y « passe au moment où ses parois sont imbibées par le fluide « spermatique, soit qu'il s'y trouve versé à l'instant où l'œuf y « arrive, soit qu'il y séjourne depuis un certain temps. Cette opi- « nion est fondée : 1° sur ce que les trompes ne peuvent faire « parvenir la liqueur séminale jusqu'aux ovaires parce qu'elles « se contractent normalement de dedans en dehors; 2° sur ce « que, dans la plupart des animaux les œufs vont au-devant du « sperme; 3° sur ce que, chez les mammifères, les ovaires émettent « leurs ovules spontanément au moment du rut ou aux époques « qui lui correspondent. »

M. Pouchet conserva cette conviction jusqu'en 1846, époque à laquelle, ayant appris par la thèse de M. Courty que je professais des idées bien différentes, il me fit l'honneur de me demander de le rendre témoin des faits que j'ai coutume de mettre sous les yeux de mes auditeurs depuis plusieurs années. Une lapine *fécondée* fut ouverte en sa présence dans mon laboratoire, au collége de France, et des œufs, extraits de la moitié supérieure des trompes, lui furent montrés couverts de spermatozoïdes. La vue d'un fait si contraire aux idées qu'il avait jusqu'alors soutenues lui causa une vive surprise ; mais, après un examen attentif, il reconnut loyalement que le fluide séminal s'élevait dans les oviductes jusqu'à une hauteur à laquelle il n'avait pas supposé qu'il pût normalement atteindre. Aussi, dans sa dernière publication, M. Pouchet a-t-il apporté une légère modification à sa manière de voir, et il a admis que le sperme peut quelquefois aller trouver l'œuf au milieu de la trompe ; mais au fond il croit toujours que la matrice est le lieu ordinaire où s'opère leur rencontre ; que si les spermatozoïdes peuvent parcourir les vingt premiers millimètres des trompes, ou même s'avancer, par exception, jusqu'au milieu de ces conduits, il y a au delà *un mucus infranchissable* qui s'oppose à leur passage.

L'observation attentive des faits ne me permet pas d'accepter cette opinion. Les choses se passent d'une manière fort différente ; non-seulement, j'en ai acquis moi-même les preuves les plus nombreuses, mais j'ai pu faire passer ma conviction dans l'esprit de toutes les personnes qui suivent mes cours ; car, depuis plus de six ans, j'ai coutume de montrer à mes auditeurs que les œufs

pris dans la moitié supérieure des trompes sont ordinairement recouverts de spermatozoïdes. Je vais prouver d'ailleurs, par un raisonnement bien simple, que la fécondation opérée dans la matrice est un fait exceptionnel, si toutefois il est permis de le considérer comme possible. Nous prendrons les lapines pour exemple, parce qu'elles ont servi à établir les diverses opinions qui ont été émises sur ce sujet.

Quand les femelles vivent en commun avec les mâles, elles obéissent toujours aux instincts de la reproduction au moment où l'influence du rut se fait sentir. Or, comme les ovaires n'ont pas ordinairement encore émis les œufs qui mûrissent dans leurs capsules, il s'ensuit que le sperme a le temps de parcourir toute la longueur des trompes avant qu'ils ne viennent à sa rencontre, et la fécondation s'opère nécessairement alors à une très-grande hauteur. Elle a lieu ou dans l'ovaire lui-même, ou dans la moitié supérieure du canal vecteur ; l'observation directe ne laisse aucun doute sur ce point.

Dix ou douze heures suffisent chez les lapines pour que le fluide séminal envahisse la région occupée par le prétendu mucus infranchissable, et rarement avant ce laps de temps les œufs ont dépassé le tiers supérieur des trompes, où on les trouve déjà recouverts de spermatoïdes. Ils sont donc ordinairement fécondés quand ils arrivent vers l'extrémité inférieure du canal vecteur, et à plus forte raison quand ils parviennent dans la matrice.

En conséquence, il n'y aurait donc de conception possible dans la matrice, ou même dans l'extrémité inférieure des trompes, que lorsque les femelles, retenues loin des mâles, ne seraient livrées à ces derniers qu'après la rupture des vésicules de Graaf et la chute préalable des œufs. Alors le sperme, n'arrivant à l'utérus que quand les œufs y sont déjà descendus, les aviverait dans sa cavité, ou du moins on peut concevoir que les choses se passent ainsi. Mais à cette époque les œufs sont-ils encore susceptibles de recevoir l'influence du mâle? C'est là une question à laquelle on ne paraît pas avoir réfléchi. Elle mérite cependant toute l'attention des physiologistes ; car trois jours étant nécessaires pour que ces œufs parcourent toute la longueur du canal vecteur, il pourrait bien se faire que leur décomposition eût déjà commencé quand ils arrivent dans la cavité de la matrice.

En résumé, de tout ce qui précède il résulte que la fécondation s'opère quelquefois à l'ovaire, ordinairement dans la moitié supérieure des trompes, rarement à leur extrémité inférieure, plus rarement encore dans la matrice.

Ainsi se confirme l'opinion que j'ai depuis longtemps émise,

et, à mesure que les observations se multiplieront, on se convaincra de plus en plus qu'elle est bien en réalité l'expression suffisante de tous les faits. Déjà un grand pas a été fait dans cette voie, car pendant que M. Bischoff renonce à l'idée que l'ovaire soit le seul lieu où la conception puisse s'opérer, M. Pouchet commence à reconnaître, ce qu'il niait naguère, qu'elle est possible jusqu'au milieu des trompes.

IV. PATHOLOGIE, THÉRAPEUTIQ. ET CLINIQ. MÉDICALES.

PATHOLOGIE INTERNE. — 3. *Recherches cliniques sur la phlébite, spécialement sur celle dite spontanée;* par C. FORGET, professeur de clinique médicale à la Faculté de Strasbourg.

(Gazette médicale de Paris, N° 2; 1847.)

La phlébite est une maladie qui n'est connue que depuis peu de temps (1), et qui, malgré les études nombreuses auxquelles elle a déjà donné lieu, comporte encore un bon nombre de problèmes dont on cherche la solution ; il semble même que la science, à ce sujet, soit en voie rétrograde, car divers points de l'histoire de la phlébite, qu'on admettait naguère comme dûment constatés, sont de nouveau remis en discussion. C'est ainsi que l'on conteste la formation du caillot sanguin comme phénomène obligé de la phlébite ; que ce caillot est considéré comme pouvant être la cause et non plus l'effet de celle-ci ; que l'on discute sur la réalité du transport du pus dans les voies circulatoires, et mon but n'est pas ici de reprendre chacune de ces questions. Je veux seulement m'attacher à quelques-unes de celles que je me crois en mesure de pouvoir éclairer, et qui me paraissent avoir quelque importance au point de vue pratique.

On a divisé la phlébite en *suppurative* et en *non suppurative*, en *adhésive* et en *non adhésive* ou libre, en *traumatique et en spontanée*, etc. Ces diverses dénominations n'expriment point, quoi

(1) La phlébite seule est d'origine nouvelle, car elle ne remonte qu'à Hunter (1796). A Breschet appartient l'honneur de l'avoir fait connaître en France (1819). Quant à la résorption purulente dont l'histoire aujourd'hui se trouve rattachée à celle de la phlébite, on sait qu'elle faisait partie de la doctrine humorale de l'antiquité. Il est assez curieux, par exemple, de voir ce qu'en dit Quesnay dans son *Traité de la suppuration* (1749). Après en avoir développé la théorie telle à peu près que nous la concevons aujourd'hui, sauf l'intervention de la phlébite, il se résume en ces termes : « Il parait que les abcès qui se forment à l'occasion « d'une résorption sont rarement de simples dépôts produits par la seule col- « lection matières repompées, et qu'ils sont, au contraire, presque toujours la « suite d'une inflammation causée par ces matières. » (Voy. p. 344 et suiv.) C'est exactement ce que disent la plupart des pathologistes de nos jours.

qu'on en ait dit, des espèces fondamentalement différentes : ce ne sont, à notre avis, que des accidents d'une même affection. Cependant ces divisions ont une utilité pratique plus ou moins grande, et, dans mon opinion, c'est la dernière qui offrirait le plus d'importance, si toutefois l'influence que nous croyons pouvoir attribuer au contact de l'air était admise comme réelle. Nous traiterons donc séparément, dans ce travail, de la phlébite traumatique et de la phlébite spontanée.

Art. I. — *De la phlébite traumatique.*

Avant les travaux des modernes sur l'inflammation des veines, les accidents inflammatoires consécutifs aux lésions traumatiques, aux opérations sanglantes, à la saignée particulièrement, étaient attribués à toute autre chose qu'à la phlébite et à l'infection purulente ; mais depuis lors toute inflammation locale survenant après la saignée a été considérée presque toujours comme due à la phlébite, et toute phlébite a été considérée presque toujours comme de nécessité mortelle. La première de ces opinions est une erreur de diagnostic que savent éviter les praticiens instruits ; la seconde est une exagération suscitée par les terreurs qu'inspire à bon droit l'infection purulente, mais contre laquelle s'élèvent un grand nombre de faits auxquels nous voulons ajouter notre modeste contingent. Nous passerons légèrement sur la première de ces questions, laquelle, en effet, ne mérite pas un sérieux examen.

1° *Les inflammations qui résultent de l'opération de la saignée ne sont pas toujours des phlébites.* Et en effet, sur neuf cas d'accidents inflammatoires graves par nous observés après la phlébotomie, il en est trois où ces accidents ont consisté en de simples phlegmons.

Obs. I. — Chez un homme affecté d'albuminurie, une saignée du bras fut suivie d'un phlegmon intense, dont plusieurs applications de sangsues et les topiques émollients et sédatifs procurèrent la résolution dans l'espace de quelques jours.

Obs. II. — Chez une femme affectée de pneumonie, la saignée fut suivie du développement d'un phlegmon grave au pli du bras, lequel, malgré les antiphlogistiques largement appliqués, se termina par suppuration. Des incisions, convenablement pratiquées, donnèrent issue au pus, et la guérison eut lieu sans accidents généraux cinq semaines après l'apparition du phlegmon.

Obs. III. — Chez un homme de 68 ans, affecté de bronchite, une saignée du bras donna lieu à un phlegmon diffus qui, en dépit d'un traitement rationnel, passa à la gangrène et fut suivi

de mort. L'autopsie ne permit de découvrir aucun indice de phlébite ni de résorption purulente.

Ainsi, dans le premier de ces cas, phlegmon terminé par résolution ; dans le second, phlegmon terminé par suppuration ; dans le troisième, phlegmon terminé par gangrène, sans que, pendant la vie ou après la mort, nous ayons pu constater aucun symptôme de phlébite. Donc, sur neuf cas d'accidents graves à la suite de saignées, en voilà trois, ou un tiers, auxquels la phlébite est étrangère (1).

2° *La phlébite qui résulte de la saignée n'est pas aussi souvent qu'on le croit suivie d'accidents mortels.* Nous pourrions citer bon nombre de faits tirés de notre pratique particulière et de celle de nos confrères ; mais nous voulons nous en tenir à ceux observés publiquement et recueillis, comme tous ceux compris dans ce travail, à la clinique de la Faculté. Ces derniers sont aussi au nombre de trois ; mais nous n'en rapporterons qu'un, et nous épargnerons au lecteur le récit des deux autres, par la raison que ceux-ci ressemblent à celui-là *sicut ovum ovo.*

Obs. IV. — Chez un homme de 38 ans, affecté de bronchite intense, une saignée donna lieu à un gonflement inflammatoire au pli du bras. A l'examen de la partie, l'on constate l'existence d'un cordon induré, noueux, rosé à la superficie, douloureux à la pression, occupant la médiane céphalique et s'étendant, dans l'espace de 5 centim. à partir de l'incision, vers la céphalique qui participe à l'inflammation. L'ouverture de la saignée est béante, grisâtre ; la pression, exercée de haut en bas sur le cordon veineux, en fait sortir un liquide puriforme. Plusieurs applications de sangsues faites au-dessus du mal, d'après le précepte de M. Lisfranc, des cataplasmes émollients, sédatifs, puis des onctions mercurielles, procurent, dans l'espace de dix à douze jours, la résolution de cette phlébite localisée, adhésive probablement.

Ainsi, sur six cas de phlébite constatée, trois se sont terminés par résolution.

J'ai moi-même été atteint d'une phlébite semblable à la précédente, mais moins grave cependant, ce qui ne laissa pas que de me donner de vives inquiétudes ; car j'avais présent à la mémoire le sort de l'infortuné Maréchal que nous avons connu, et qui

(1) Je dis accidents *graves*, car à côté de ces cas il en est une foule d'autres que les praticiens observent tous les jours, où un peu de rougeur, de tuméfaction, de suppuration même, se rencontrent à l'endroit de la saignée, et cèdent aux moyens les plus simples sans que le malade et le médecin en conçoivent d'inquiétude.

périt victime de l'affection qu'un des premiers il avait si bien décrite.

Quant à la guérison de la phlébite parvenue à la période d'infection purulente, c'est une bonne fortune qu'il n'est pas donné à tous les praticiens de rencontrer, et je confesse, pour ma part, ne l'avoir jamais obtenue ni même observée. J'appelle ce résultat heureux une bonne fortune, car je suis convaincu que la nature a plus de part à ces guérisons si rares que nos remèdes, quels qu'ils soient.

Nous nous dispensons de rapporter les trois cas où la phlébite traumatique parcourut toutes ses phases classiques, y compris la période d'infection purulente, pour aboutir à la mort. Ces cas n'offrent rien de particulier ; ce n'est pas la phlébite mortelle qui est en cause ici. Mais à propos de ces phlébites occasionnées par la saignée, je rappellerai deux autres cas où l'infection purulente résulta, dans l'un, d'une opération de laryngotomie, et dans l'autre (chose remarquable et importante pour la pratique), de simples scarifications opérées dans un cas d'anasarque.

Mais j'abandonne l'histoire de ces accidents traumatiques qui n'ont rien de neuf pour le lecteur, si ce n'est peut être ce rapprochement de quelques faits trop peu nombreux sans doute, mais qui peuvent fournir un rudiment de présomption, eu égard à la fréquence relative des divers accidents inflammatoires qui parfois suivent la saignée, et des terminaisons de la phlébite qui peut résulter de cette opération. J'aborde un sujet plus nouveau, sinon plus important : c'est l'histoire de la phlébite dite spontanée, par opposition à celle qui résulte des blessures.

Art. II. — *De la phlébite spontanée* (1) *et de sa bénignité attribuée à l'absence du contact de l'air.*

« Depuis quelques années, plusieurs observations de phlébite « spontanée se sont offertes chez nos malades. Dans aucun des « faits de ce genre qui s'offrent actuellement à notre mémoire, « *dans aucun*, disons-nous, *la suppuration et les accidents de ré-* « *sorption ne se sont manifestés*. Nous nous sommes demandé si « le *défaut de contact de l'air* n'était pas la cause de cette bénignité « de la phlébite spontanée et sous-cutanée, sans division de la « peau. Toujours est-il que maintenant nous nous croyons au- « torisé à considérer comme *peu grave* ce genre d'affection com-

(1) La qualification de *spontanée*, appliquée à une maladie quelconque, est un terme de convention exprimant que la cause de la maladie est ignorée; car tout phénomène morbide doit avoir une cause consistant dans une modification des éléments de l'organisme.

« paré à celui où la veine enflammée est à découvert. » Voici ce que je publiais en 1842 dans le résumé de la *clinique médicale de la Faculté de Strasbourg* (p. 36). Ces remarques, jetées dans un compte rendu, sont passées inaperçues comme la plupart des choses qui se produisent en province ; néanmoins ce ne fut pas sans un sentiment réel de satisfaction que, trois ans après, je rencontrai dans un excellent travail du docteur Bouchut, publié dans la *Gazette Médicale de Paris* (avril 1845), quelques-unes de ces idées développées et formulées dans des termes analogues. De cinquante et un faits tirés des auteurs ou observés par lui-même, notre confrère conclut que la phlébite spontanée, qu'il préfère désigner sous le nom de *phlegmatia alba dolens non puerpérale*, « ne se termine jamais par suppuration; qu'elle n'est jamais « suivie des accidents de résorption... ; qu'elle n'a aucune gravité « par elle-même et qu'elle ne nécessite pas de traitement éner- « gique. »

L'auteur de ce travail a voulu, lui aussi, remonter à la cause de ces phénomènes qui, selon lui, séparent cette affection de la phlébite traumatique, « et doivent empêcher d'établr entre elles « le moindre rapprochement. » Or, sur ce dernier point, nous ne saurions être d'accord avec lui : 1° parce que nous ne voyons pas les différences essentielles qui séparent ces deux affections ; 2° parce qu'il paraîtrait que dans quelques cas, rares à la vérité, la phlébite spontanée se serait terminée par suppuration (*Dict. en 30 vol.*, art. *Veine*). Pour en revenir à la cause formelle, l'auteur admet que dans la phlébite spontanée compliquant des affections chroniques, ainsi que cela s'observe le plus souvent, la coagulation du sang est le fait primitif; que la cause de cette coagulation du sang réside dans l'excès relatif de la fibrine du sang ; enfin que la phlébite ne se produit que secondairement à cette coagulation. Ces opinions ont été adoptées par les savants auteurs du *Compendium de médecine* (art. *Phlébite*). Eh bien ! nous ne pouvons voir dans ces propositions que des hypothèses qui ne nous paraissent pas pouvoir soutenir la discussion. Comment, en effet, concevoir cette coagulation spontanée du sang, surtout lorsqu'elle se produit dans des cas de maladies où la plasticité du sang est, dit-on, diminuée, comme dans la fièvre typhoïde? Pourquoi le sang se coagulerait-il dans certains vaisseaux plutôt que dans d'autres, plutôt que dans tous les vaisseaux en même temps? Si la plasticité du sang est la cause réelle de cette coagulation, pourquoi celle-ci ne se manifesterait-elle pas de préférence dans les phlegmasies aiguës, dans le rhumatisme, par exemple, où la fibrine est, dit-on encore, à son maximum de

quantité? Comment expliquer cette coagulation ainsi localisée, si ce n'est par une cause locale elle-même? Mais, dira-t-on, quelle est la cause de cette phlébite? C'est, répondrons-nous, celle qui produit tant de phlegmasies dont l'origine nous est inconnue, et qui se montrent si fréquemment chez les valétudinaires : tels sont l'érysipèle, le muguet, l'entérite, les pneumonies, dites ultimes, etc. Comment démontrer que la phlébite est consécutive à la coagulation du sang, alors que la douleur du membre est, au dire de tous les observateurs, le premier phénomène observé? Pourquoi créer une exception si choquante à la loi si bien établie qui veut que la coagulation du sang soit la conséquence de l'altération du vaisseau? Admettant même que la phlébite soit consécutive à la coagulation, en est-ce moins une phlébite? et pour être secondaire, une inflammation change-t-elle de nature? Telles sont les réflexions qui me frappèrent à la lecture de l'intéressant travail de notre confrère, et je ne fus pas converti par cette absence de l'adhésion du caillot dans les premiers temps de la maladie, ni par ce défaut de rougeur des parois veineuses déjà signalé par celui qui a le plus fait pour l'histoire de la phlébite, par M. Cruveilhier, défaut de rougeur qui s'expliquerait, dans la majorité des cas, par l'époque à laquelle il est donné le plus souvent d'observer les parties affectées, c'est-à-dire après la résolution de la phlegmasie, alors que l'oblitération du vaisseau reste seule comme vestige de la phlébite. Je persistai donc à considérer l'épaississement, les nodosités des parois veineuses, coïncidant avec la douleur et les autres phénomènes d'acuité, comme des caractères inflammatoires, et au lieu de recourir à cette diathèse sanguine si problématique dans ses effets, sinon dans son essence, je crus devoir m'en tenir à l'étiologie que j'avais émise en 1842.

Pour moi donc la terminaison par adhésion et le peu de gravité de la phlébite spontanée ne dérivent pas de ce que cette phlébite serait secondaire, ce qui, encore une fois, n'impliquerait rien quant à la gravité du mal; ces effets me paraissent tenir bien plus probablement à ce que cette phlébite, primitive comme les autres, est soustraite au contact de l'air. Je m'autorise en cela : 1° de la simple observation des faits, qui nous montrent cette phlébite *cachée* comme si bénigne, tandis que la phlébite *dénudée* est si grave; 2° de l'expérience de tous les temps, qui fait considérer le contact de l'air avec les parties enflammées et surtout suppurées comme produisant les effets les plus fâcheux; 3° de ces autres observations empruntées à la chirurgie moderne, qui a si bien fait ressortir les avantages des pansements rares, des réunions immédiates; 4° et surtout des résultats si remarquables

obtenus de cette méthode chirurgicale dite *sous-cutanée*. Ainsi nous croyons avoir pour nous et l'observation directe et toutes les analogies. Il n'en reste pas moins à M. Bouchut le mérite d'avoir produit un travail remarquable, et d'avoir très-bien fait ressortir la coïncidence de la phlébite adhésive avec les affections chroniques, ce qui est l'objet principal de son mémoire (1). J'aurais gardé toutes ces considérations pour moi seul si une observation des plus intéressantes, qui s'est offerte récemment à ma clinique, ne m'avait offert l'occasion, tout en lui donnant la publicité qu'elle mérite, de produire les opinions que je professe à cet égard.

Parmi le grand nombre d'affections chroniques de tout genre qui sont passées à la clinique de la faculté de Strasbourg depuis onze ans, je n'ai observé que quatre fois d'une manière manifeste la complication de phlébite spontanée. De ces quatre faits, il en est un dont je ne conserve qu'un souvenir très-incomplet, et dont je n'ai pu retrouver l'*observation* égarée parmi tant d'autres. Un autre de ces faits concerne un phthisique porteur de varices aux jambes qui s'enflammèrent dans le cours de la maladie, puis passèrent à la résolution avant la mort, sans que nous ayons songé à constater, à l'autopsie, l'état des veines précédemment enflammées. Nous allons produire les deux autres cas *in extenso*, d'autant plus volontiers que ce sont le premier et le dernier que nous ayons observés.

Phlébite spontanée, terminée par résolution, chez une femme phthisique; mort; nécroscopie.

Obs. V. — Une femme de 35 ans, de constitution lymphatique, couturière, entre à la clinique le 18 août 1837; elle se dit malade depuis cinq mois. Depuis trois mois, elle a cessé d'être réglée. A son entrée, toux, crachats floconneux, pouls fébrile, matité, râles muqueux, souffle caverneux, pectoriloquie au sommet du poumon droit, sueurs nocturnes; elle accuse en outre une assez vive douleur au mollet gauche, qui ne présente rien de particulier, si ce n'est de la sensibilité à la pression. (Tisane gommée, looch avec eau de laurier-cerise, dix sangsues et cataplasme émollient au mollet.)

(1) L'auteur, avec cette probité qui caractérise trop rarement les œuvres de notre époque, fait l'énumération des auteurs qui, avant lui, ont observé cette coïncidence de la phlébite spontanée avec les affections chroniques : ce sont J. Hunter, Travers, Hogdson, Breschet, Bouillaud, Rayer, Andral, Cruveilhier, Piedagnel, Trousseau et plusieurs membres de la Société anatomique ; mais indépendamment des faits nombreux observés par lui-même, à M. Bouchut appartient l'honneur d'avoir colligé ces faits et d'en avoir systématisé l'histoire.

Les jours suivants, la malade se donne une indigestion d'où résulte la diarrhée. (Douze sangsues à l'anus, émoll., diète.) La fièvre présente des exacerbations quotidiennes auxquelles on oppose le sulfate de quinine ; mais la fièvre persistant et les symptômes pulmonaires s'aggravant, on suspend le sulfate de quinine. (Seize sangsues sous les clavicules, émollients.)

Le 2 septembre, quinze jours après l'entrée, la douleur du mollet existant toujours, on perçoit sur le trajet de la saphène externe un cordon inégal et douloureux ; un peu d'empâtement rénitent occupe le bas de la jambe. Nous reconnaissons la phlébite. (Quinze sangsues au mollet, catapl. émollient.)

Les jours suivants, la douleur se propage à la cuisse. (Douze sangsues.)

Le 8 septembre, le cordon noueux de la jambe se fait sentir jusque dans le pli du jarret. Mêmes symptômes pectoraux, fièvre persistante. (Quinze sangsues au jarret, vésicat. au bras, émoll., opium.)

Vers la fin du mois, le cordon veineux persiste encore, malgré de nouvelles saignées locales, mais il est moins douloureux ; l'œdème de la jambe est toujours peu prononcé. Dans les premiers jours d'octobre, les symptômes thoraciques s'aggravent ; dyspnée croissante, toux vive, amaigrissement, fièvre hectique. (Petite saignée du bras, émollients, opium, diète.)

La poitrine absorbe l'attention ; on ne s'occupe plus de la jambe, où la malade n'accuse plus de douleur. La phthisie fait de rapides progrès, et le sujet succombe le 26, plus de deux mois après son entrée.

A l'*autopsie*, on trouve les deux poumons creusés de cavernes membraneuses. Rien de particulier dans les autres organes ; point de vestige de résorption purulente.

Examen des veines du membre abdominal gauche. — OEdème très-léger de la jambe. La veine fémorale offre un épaississement notable de ses parois ; elle est oblitérée par un caillot fibrineux, consistant, ancien, qui s'étend en haut jusque dans la veine iliaque externe, et qui se prolonge en bas dans la poplitée et dans la saphène externe, jusqu'au bas du mollet.

On peut juger, par l'activité que nous avons déployée dans le traitement de cette phlébite spontanée, des appréhensions qu'elle nous avait causées, terrifié que nous étions par les dangers qui accompagnent la phlébite telle qu'elle est présentée par les classiques, et nous crûmes raisonnablement que la résolution était le produit du traitement que nous avions mis en usage. On remarquera cette douleur du mollet qui fut le premier symptôme

du mal, et qui se rencontre dans la plupart des observations de ce genre. L'œdème fut très-peu prononcé, eu égard à ce qu'il est ordinairement. Il ne nous vint pas à l'idée que cette affection pût être autre chose qu'une phlébite primitive.

Les deux faits que j'ai mentionnés avant celui-ci se sont produits postérieurement à lui. La maladie affecta les mêmes caractères de douleur initiale ; l'œdème aussi ne fut pas très-prononcé. Dans un de ces cas, ai-je dit, la phlébite envahit des veines déjà variqueuses, circonstance qui dut nous confirmer dans l'opinion qu'il s'agissait bien d'une phlébite, la nature sub-inflammatoire des varices, dans la plupart des cas, étant généralement admise depuis les travaux de Breschet, Briquet, etc., et nous dûmes croire qu'une inflammation aiguë était venue se greffer sur une phlogose chronique.

Cependant ces trois faits successifs, qui tous s'étaient terminés d'une manière bénigne, bien que les derniers eussent été traités fort modérément, dissipèrent nos craintes à l'égard des conséquences de cette phlébite spontanée, qu'on ne nous avait pas appris à distinguer, sous ce rapport, de la phlébite traumatique. Ce furent ces faits qui servirent de base aux opinions que nous formulâmes dans notre compte rendu de 1842, opinions rapportées plus haut, et qu'est venu justifier le travail de M. Bouchut.

Enfin, il y a quelques mois, est venu s'offrir à nous le fait suivant, si remarquable sous tant de rapports, et que nous croyons devoir abréger ici, en ce qui concerne les détails étrangers à la phlébite.

Rhumatisme articulaire aigu enlevé par les saignées répétées ; fièvre typhoïde (entérite folliculeuse) résolue par l'expectation; phlegmatia alba dolens par phlébite terminée par adhésion ; ulcérations pelviennes ; épuisement ; infection purulente; mort; nécroscopie.

Obs. VI. — Dans la description que j'ai donnnée ailleurs de ce fait complexe, j'ai cru devoir en diviser la longue histoire en quatre périodes, que je reproduis ici en abrégé.

1° *Période de rhumatisme.* — Une femme de 30 ans, de forte constitution, de tempérament sanguin, entre à la clinique le 23 avril 1846. Elle est affectée depuis cinq jours d'un rhumatisme articulaire aigu, généralisé, fébrile, que nous jugeons favorable à l'application des saignées coup sur coup. On pratique six saignées, dont quatre en deux jours et les deux autres successivement, en laissant un jour d'intervalle entre elles. En outre quarante-quatre sangsues sont appliquées et la résolution du

rhumatisme a lieu le sixième jour du traitement, onzième de la maladie.

2° *Période d'entérite folliculeuse.* — Mais déjà, le dixième jour de la maladie, des signes de fièvre typhoïde s'étaient manifestés. Le lendemain nous observons : facies abattu, narines pulvérulentes, langue saburrale et sèche, abdomen un peu sensible à la pression, pouls à 100. (Emollients.)

Les jours suivants, l'adynamie persiste, la diarrhée survient avec selles involontaires ; puis apparaît la bronchite typhoïde avec râles, dyspnée, etc. (Emollients sédatifs.) Des excoriations se produisent au sacrum et s'aggravent insensiblement.

Le vingt-cinquième jour (quinzième de l'état typhoïde), la malade accuse de la douleur au membre abdominal droit, qui est notablement œdématié, rénitent, sensible à la pression ; pouls à 120. (Cataplasme émollient sur le flanc droit, lotions acidulées tièdes sur le membre.)

Cependant l'état typhoïde s'amendait graduellement sous l'influence des émollients et des calmants, au point que le seizième jour de son apparition, vingt-sixième jour de la maladie, nous pûmes considérer la malade comme convalescente de cette seconde maladie.

3° *Période de phlegmatia alba dolens (phlébite).* — Le vingt-septième jour, l'œdème douloureux, datant de trois jours, paraît diminuer à la jambe et se concentrer à la cuisse. Le facies est bon, la diarrhée ne se produit plus que par intervalles, mais le pouls reste fréquent et l'émaciation fait des progrès.

Le trentième jour, des veines superficielles se dessinent à la cuisse et à l'hypogastre et nous font reconnaître une phlébite profonde avec oblitération. Les excoriations du sacrum sont encore peu profondes. (Emollients; panser le sacrum avec tannate de plomb ; soupes.)

Le trente-deuxième jour, l'œdème de la cuisse est très-prononcé, l'articulation du genou est fluctuante. (*Ut suprà*, onctions mercurielles sur l'œdème quatre fois par jour.)

Le trente-sixième jour, la jambe gauche s'infiltre à son tour, douze jours après l'invasion de l'œdème à droite. L'épuisement général fait des progrès. (Eau vineuse, fomentations de quinquina.)

Quarante et unième jour. Les deux membres inférieurs sont très-œdématiés, rénitents, luisants. Les veines de la cuisse et de l'abdomen, jusqu'au thorax, forment un lacis sous-cutané très-prononcé. La diarrhée persiste ; les ulcérations font des progrès.

(Tisane de riz, cataplasme abdominal, opium, soupes; pansez avec cérat opiacé.)

Les jours suivants, l'œdème diminue, il n'est plus douloureux; et le cinquantième jour il n'existe plus qu'un peu d'empâtement aux jambes. Le réseau veineux superficiel est très-prononcé. La *phlegmatia alba dolens*, ou la phlébite, qui dure depuis vingt-cinq jours, peut être considérée comme résolue. La diarrhée, les ulcérations pelviennes persistent. (Tisane de riz, sirop de quinquina, lavements avec extrait de ratanhia, 4,00, et laudanum 10 gouttes.)

4° *Période d'épuisement et d'infection purulente.* — Depuis cette époque, l'épuisement causé par la diarrhée et par les ulcérations pelviennes, qui se multiplient et s'accroissent incessamment malgré des pansements variés et méthodiques, fait des progrès continus. Vers le quatre-vingt-dixième jour, un nouvel œdème se produit, mais engendré par la cachexie; les ulcérations pénètrent jusqu'aux os et décollent la peau ; le facies devient hippocratique, le pouls filiforme. Bref, malgré les toniques légers et l'alimentation ménagée, la malade, épuisée par la suppuration, la diarrhée, la fièvre et la douleur, s'éteint le 28 juillet, centième jour de la maladie, cinquième jour après la résolution de la phlébite et sans qu'on ait pu préciser l'époque où s'est déclarée la résorption purulente, occasionnée par les ulcères pelviens, qui va se révéler à l'autopsie.

Nécroscopie, 36 *heures après la mort.* — Marasme extrême, eschares larges et profondes autour du bassin, infiltration des membres,

Cavité thoracique. — Engouement séro-sanguin des poumons. A la superficie du poumon droit apparaissent une dizaine d'abcès métastatiques, du volume d'un pois à celui d'une aveline ; d'autres abcès de même nature se rencontrent plus profondément

Cavité abdominale. — A la fin de l'intestin grêle apparaissent quelques taches elliptiques brunâtres ou d'aspect pointillé, vestiges de plaques ulcérées ou résolues de l'ancienne entérite folliculeuse ; rougeurs et fongosités des gros intestins.

Examen des veines des membres inférieurs. — Des deux côtés, les veines tibiales, poplitées, crurales, iliaques externes et internes, et même une partie des iliaques primitives, sont oblitérées par de longs caillots fibrineux, consistants, variant du violet au jaune clair. Ces caillots solides, anciens, adhèrent légèrement aux parois internes de ces veines, qui sont sensiblement épaissies et offrent des colorations variées. Les veines saphènes internes sont libres, perméables, contenant un peu de sang liquide, jus-

qu'à leur insertion dans la crurale. Elles communiquent par de larges anastomoses avec les rameaux de l'épigastre et des tégumenteuses de l'abdomen, lesquelles elles-mêmes s'anastomosent avec les veines superficielles du thorax.

Les *articulations* ne présentent rien de remarquable.

Voici les réflexions principales que nous suggère cette observation : 1° Un rhumatisme articulaire aigu est rapidement enlevé par les saignées répétées. 2° A cette affection réputée aujourd'hui essentiellement inflammatoire, vu l'excès de fibrine du sang qui la caractérise, succède une autre affection dont la nature inflammatoire est contestée, vu la diminution de fibrine du sang qu'on y rencontre fréquemment : c'est la fièvre typhoïde. 3° Pendant le cours de cette affection *avec défaut de fibrine*, se manifeste la *coagulation* du sang dans les veines des membres inférieurs. N'est-il pas plus naturel d'attribuer cette coagulation à la phlébite qu'à une plasticité du sang que rien ne prouve ? 4° La phlébite se résout après avoir offert tous les caractères de la *phlegmatia alba dolens*. 5° Cependant il existe autour du bassin des ulcères qui vont en s'aggravant, et ce n'est que longtemps après la résolution de la phlébite (cinquante jours) que la malade succombe à l'épuisement et à la résorption purulente, laquelle, bien postérieure à la phlébite des membres, a manifestement sa source dans les ulcères pelviens.

Nous allons produire une autre observation empruntée au *Bulletin de thérapeutique* (octobre 1836), laquelle, en confirmant quelques-unes des considérations précédentes, pourra nous en fournir de nouvelles.

Phlegmatia alba dolens (par phlébite) survenant dans le cours d'une fièvre typhoïde.

Obs. VII. — Une fille âgée de 20 ans, entre à l'hôpital Necker (service de M. Trousseau) vers la fin d'août 1846. Elle était depuis plusieurs jours déjà aux prises avec une fièvre typhoide des plus caractérisées et qui s'accompagnait de quelques phénomènes ataxiques. On administra tous les jours d'abord, puis bientôt à des intervalles un peu plus éloignés, des purgatifs salins, et tous l'influence de cette médication les symptômes typhoïdes s'amendèrent très-notablement. La convalescence semblait sur le point de s'établir vers le troisième septénaire, lorsqu'un matin, à la visite, la malade accusa une douleur extrêmement vive qui était survenue subitement pendant la nuit dans le membre inférieur gauche. En examinant cette partie, on constatait une infiltration séreuse générale du pied et de la jambe, avec tension et

rénitence de la peau, dont la couleur luisante contrastait avec celle du membre opposé. La douleur était peu considérable à la partie antérieure de la jambe; mais au niveau du mollet, elle acquérait, surtout à la pression, une très-grande intensité. En portant la main dans le creux poplité, on sentait un cordon dur et douloureux, évidemment formé par la veine poplitée oblitérée. Le membre pelvien tout entier était engourdi, et la marche était devenue impossible.

Malgré cette complication, la convalescence s'établit franchement; l'œdème diminua peu à peu, et bien qu'aujourd'hui (3 octobre) il en reste encore des traces, la malade cependant peut rester levée la plus grande partie du jour.

Voilà donc encore une *coagulation* du sang dans une maladie avec *défibrination* du sang. L'auteur admet, commme nous, une phlébite primitive, pure et simple, et nous ne pensons pas qu'il soit possible d'envisager la chose autrement.

Une autre considération importante surgit de cette observation et de la précédente : c'est que la phlébite spontanée n'est pas toujours liée à des affections chroniques; car, dans notre observation, la phlébite s'est produite le vingt-cinquième jour, et dans celle-ci à la fin du troisième septénaire.

Il est encore à remarquer que les malades de ces deux observations étaient en voie de guérison lorsque la phlébite s'est déclarée que notre première malade eût probablement guéri sans cette fatale complication d'ulcères pelviens, qu'elle a survécu cinquante jours à la résolution de la phébite, et que la dernière malade est positivement guérie. Donc la phlébite est un pur accident qui ne doit pas faire présager nécessairement la mort, et que l'on ne peut pas comparer, ainsi qu'on l'a fait, à ces accidents *ultimes* qui annoncent la fin prochaine du malade.

De ces faits, en petit nombre il est vrai, mais qui se trouvent corroborés par les faits analogues répandus dans les archives de la science, nous croyons pouvoir déduire les conclusions suivantes :

1° La phlébite spontanée se produit le plus souvent, mais non toujours, comme complication des affections chroniques.

2° La phlébite spontanée est très-probablement primitive, c'est-à-dire antérieure à la coagulation du sang.

3° La phlébite spontanée est vraisemblablement de même nature que la phlébite traumatique.

4° Si la phlébite spontanée est presque toujours adhésive et se termine très-rarement par suppuration et résorption purulente, c'est très-probablement parce que la veine enflammée est soustraite au contact de l'air.

5° Cette causalité étant admise, il en résulterait des conséquences pratiques très-importantes ; car elle ferait ressortir les avantages de la réunion immédiate dans les grandes opérations, la nécessité de fermer exactement l'ouverture de la veine dans la saignée, l'utilité des pansements rares et l'excellence de la méthode chirurgicale dite *sous-cutanée*.

6°. La phlébite spontanée présente les mêmes symptômes et est très-probablement de même nature que l'affection désignée sous le nom de *phlegmatia alba dolens*. Celle-ci n'est donc pas une maladie particulière aux femmes en couches ; elle peut se produire dans les deux sexes et dans les circonstances très-variées.

7° La phlébite spontanée, quoique donnant quelquefois lieu à un œdème actif très-considérable, se résout presque toujours facilement et sans le secours de médications énergiques.

8° La phlébite spontanée est un simple accident des maladies où elle se produit comme complication, et ne comporte pas nécessairement un pronostic funeste.

---

4. *Des moyens de remédier à plusieurs infirmités des doigts de la main droite et notamment à la crampe des écrivains.*

(Bulletin général de Thérapeutique, janvier 1847.)

Dans une brochure fort intéressante que M. le docteur Cazenave, de Bordeaux, a publiée il y a quelques mois, et dont nous n'avons pas encore rendu compte, notre confrère a réuni sept observations fort curieuses qui tendent à faire connaître une maladie peu étudiée jusqu'à présent. Cette affection est caractérisée plus particulièrement par l'impossibilité d'écrire à l'aide du pouce, qui refuse de tenir la plume appliquée contre les deux doigts ses voisins. Les symptômes suivants ont été consignés par l'auteur dans les sept cas qu'il rapporte : 1° Impossibilité de tenir une plume et d'écrire avec le pouce de la main droite. Tous les autres mouvements de ce doigt sont faciles et normaux. 2° Spasme du petit muscle du pouce, n'apparaissant qu'au moment d'écrire. 3° Légères difficultés pour écrire, augmentant par la crainte de mal faire : dès que la plume est saisie par les trois premiers doigts, le pouce se porte involontairement en arrière, puis en dehors, et lâche prise ; le pouce obéit, ses mouvements sont normaux, s'harmonisent avec ceux des autres doigts, l'écriture est nette, facile et courante, dès qu'une forte distraction s'empare du malade. Du reste, la main droite et le pouce lui-même sont aptes à toute autre chose qu'à tenir la plume et qu'à écrire. 4° Mêmes symptômes que ceux indiqués ci-dessus. 5° Tremblement convulsif, puis écartement involontaire des trois premiers doigts de la

main droite ; impossibilité de tenir la plume. Hors de l'action d'écrire, mouvements complets et normaux de ces mêmes doigts. 6° Le pouce n'a pas la force nécessaire pour tenir une plume en la pressant contre l'index et le médius, mais est apte à tous les autres mouvements ; tremblement de la main, augmentant quand le malade s'en occupe. 7° Tremblement continuel de tous les doigts des deux mains, mais notamment du pouce et de l'index de la main droite ; ce trembiement augmente par toute impression mauvaise ou agréable.

Le traitement mis en usage a varié suivant la cause présumée de la maladie. Le professeur Stromeyer, chez le sujet de la première observation, pratiqua l'acupuncture des muscles du pouce, ce qui mit ce dernier en état de tenir la plume et de tracer quelques mots. Il passa ensuite dans l'épaisseur de l'éminence Thénar un petit séton de deux fils de soie : ce séton fut conservé pendant cinq semaines, en le mouillant chaque matin avec une solution d'opium et d'extrait de belladone. Pendant quatre mois, la malade recouvra la faculté d'écrire ; au bout de ce temps, l'infirmité reparut.

Chez le sujet de la cinquième observation, le malade se trouva bien d'un cautère que le docteur Albert fit ouvrir à égale distance de l'acromion et de la septième vertèbre cervicale. Au bout de deux ans, comme il écrivait aussi facilement que jamais, l'individu fit fermer le cautère, et bientôt il fut repris de la même infirmité. Le docteur Cazenave établit avec succès un serre-bras qui comprimait le tiers moyen de ce membre au-dessous de la région deltoïdienne, chez le sujet de la troisième observation. Depuis bientôt trois ans que la compression est permanente, dit l'auteur, le pouce a repris la plénitude de ses facultés, et M. X. écrit avec la même facilité et la même prestesse que s'il n'avait jamais rien éprouvé. — Quelque rationnels que puissent paraître les divers moyens qui ont été mis en usage sur tous les malades, dont l'histoire est consignée dans le Mémoire de M. Cazenave, il faut bien reconnaître qu'ils n'ont, en général, procuré qu'une amélioration momentanée. Aussi l'auteur conseille de les abandonner, et il propose de les remplacer par un traitement fort simple, qui lui a donné des résultats bien autrement fructueux. Il a imaginé un appareil qui force les doigts à tenir solidement la plume. Il consiste en un porte-plume armé de deux vis de pression et en deux cercles de caoutchouc, pourvus chacun d'une vis de rappel. Cet appareil, ainsi composé, s'adapte parfaitement et sans gêne aux trois premiers doigts de la main droite, qu'il contraint à tenir la plume. Comme les liens sont élastiques, et

qu'on peut les serrer et les desserrer à volonté, en recourant au mécanisme si simple des vis de rappel dont ils sont pourvus, on peut écrire ayant les doigts ainsi fixés, mais d'une tout autre façon que dans les conditions ordinaires.

Les mouvements très-rapides de flexion ou d'extension n'étant pas possibles, force est d'écrire par des mouvements de la main tout entière, par des mouvements d'avance et de recul, qui s'opèrent dans l'articulation radio-carpienne. Cinq ou six leçons et un peu d'application suffisent pour bien apprendre cette manœuvre.

---

5. *Du traitement de l'albuminurie ou néphrite albumineuse, par l'acide nitrique*; par M. Forget, professeur de la Faculté de Strasbourg.

(Bulletin général de Thérapeutique, janvier 1847.)

Il est peu d'affections mieux connues que les hydropisies, quant au mécanisme de leur production, et pourtant il en est peu à l'égard desquelles les principes de traitement soient moins arrêtés, et j'ajouterai plus précaires et moins efficaces. J'ai fait voir, dans un travail précédent, que ces principes aujourd'hui sont fondamentalement les mêmes que ceux transmis par l'antiquité, bien que pourtant nous possédions sur ces maladies des notions beaucoup plus avancées que celles des anciens. Cette discordance entre les progrès de la pathogénie et ceux de la thérapeutique tient précisément à ce que les lumières acquises par les modernes nous ont révélé, comme causes des hydropisies, des lésions essentiellement incurables, pour la plupart. Que pouvons-nous, par exemple, contre l'hypertrophie du cœur, la cirrhose du foie, la cachexie tuberculeuse ou cancéreuse etc. ? Les hydropisies que nous pouvons attaquer avec succès sont celles dont la cause même est attaquable : tels sont les épanchements séreux par inflammation, par anémie, etc; malheureusement ce sont les plus rares. Hors ces cas de curabilité radicale, nous sommes obligés de nous borner à combattre l'effet de l'hydropisie, en laissant subsister la cause, c'est-à-dire à faire de la thérapeutique palliative, temporaire, même en cas de succès; et il est aussi vrai de dire aujourd'hui que du temps d'Arétée : « *Ex eo morbo « pauci evadunt... deorum potius quam artis auxilio.* (De morb. diuturn.)

Oui, c'est à peu près là que nous en sommes, notamment à l'égard d'un genre d'hydropisie qui n'est guère connu que depuis vingt ans, bien qu'on en trouve des indices à des époques antérieures et jusque dans les œuvres d'Hippocrate (sect. 7, aphor. 34). Nous voulons parler de l'*albuminurie*, mot proposé

par M. Martin Solon *(Dict. de méd. prat.)* et adopté par nous dans notre *lettre à M. Rayer* (*Gazette médic.*, 1837), époque depuis laquelle ce nom est resté à la *maladie de Bright* qui, le premier, en a donné une description spéciale en 1827. Depuis lors, les travaux publiés sur cette affection, notamment par MM. Rayer et Martin Solon, par les cliniciens, les chimistes et les micrographes modernes, ont élucidé le diagnostic de la maladie sans beaucoup en avancer la thérapeutique, laquelle, avons-nous dit dans nos *résumés cliniques*, rentre, quant à présent, dans celle de la plupart des autres genres d'hydropisies. Néanmoins, les caractères anatomiques de cette maladie, surtout dans ses premières périodes, sont tels que, rationnellement, on puisse espérer d'en trouver le remède. Qu'y voit-on, en effet ? Du côté des solides, une lésion des reins qui, dans le principe, apparaît sous la forme d'un simple état congestionnel ou inflammatoire, si l'on veut ; plus tard, ce sont des transsudations, des dépôts de matière albuminoïde, chimiquement semblables à ces dépôts de plasma que souvent la nature suffit à résoudre ; c'est enfin un état d'anémie, d'hypertrophie rénale, graves sans doute, mais sans désorganisation profonde et ne se produisant que dans l'état chronique. Du côté des humeurs, c'est, en apparence, un simple échange de principes constituants : c'est l'albumine du sang, qui passe dans les urines comme à travers un crible, c'est l'urée retenue dans le sang, etc., désordres qui ne paraissent pas absolument au-dessus des ressources de l'art. Reste la question de savoir lesquelles de ces lésions sont primitives et lesquelles sont secondaires, problème important, sans contredit, mais dont l'obscurité n'ajoute pas essentiellement à la gravivé du pronostic.

On comprend donc les efforts incessants des thérapeutistes pour trouver un remède à cette affection. Quel que soit notre scepticisme en fait d'innovations thérapeutiques, ces efforts nous les approuvons, nous les imitons même, comme il appert de notre pratique journalière ; et jusqu'ici, pourtant, nous n'avons conçu que des lueurs d'espérance, hélas ! trop tôt déçues. C'est ainsi que, sur les indications de M. Rayer, nous avons traité avec succès par les bains de vapeur et le régime lacté un malade, que nous eûmes le bonheur de guérir à la fois de son hydropisie et de ses urines albumineuses ; fait consigné dans notre *lettre* à M. Rayer ; mais il nous est arrivé ce qui arriva au grand Sydenham, qui, ayant guéri un hydropique par le sirop de nerprun, s'imagina tenir enfin le remède par excellence : douce erreur dont il lui fallut bientôt revenir. Ce sujet est, en effet, le seul que nous ayons guéri complétement, et depuis lors il nous est

arrivé de guérir l'hydropisie, mais l'albuminurie, jamais... Or, depuis plus de dix ans, nous avons traité soixante cas d'hydropisie avec urines albumineuses, parmi lesquels trente ont été suivis de mort, et chez tous les autres l'hydropisie s'est dissipée ou amendée, sans que les urines aient cessé de précipiter par l'acide nitrique, ce qui les voue nécessairement à la récidive.

Enfin, il y a quelque temps, nous trouvâmes dans la *Gazette des hôpitaux* (février 1846) la note suivante : « Le docteur « Hausen, de Trèves, a employé avec le plus grand succès, dans « le traitement de l'albuminurie, l'acide azotique (de 4 à 15 « grammes dans une potion de 150 à 250 grammes). Sur dix-« huit cas d'albuminurie qu'il a traités à l'aide de cette indica-« tion, il n'a perdu que deux malades. » Je n'ai pu me procurer le travail original de M. Hausen, mais il est probable qu'il entend par guérison, non seulement la disparition de l'hydropisie, qui n'est pas chose rare, mais encore celle de l'albuminurie. Nous sommes si souvent déçus par ces annonces de succès inouïs dans les maladies les plus réellement incurables, que, sans faire tort à l'auteur, je conçus une défiance que tout praticien trouvera légitime. Des informations prises auprès de plusieurs médecins recommandables, quelques essais incomplets de ma part, m'avaient fait négliger ce genre de traitement, lorsque d'autres faits répandus dans les journaux, et surtout une *observation* transmise par un de nos anciens élèves, M. le docteur Wolf, aujourd'hui médecin distingué à Plancher-les Mines (Haut-Rhin), nous engagèrent à expérimenter de nouveau.

Deux malades se sont offerts simultanément affectés d'une anasarque avec urines albumineuses : l'un a guéri, l'autre a succombé. Voici l'histoire du premier.

Obs. I. — *Anasarque avec albuminurie, guérie rapidement par l'acide nitrique.* — Un homme de trente-quatre ans, de belle constitution, forgeron, entre à la clinique de la Faculté de Srastbourg le 30 novembre 1846. Il raconte que, travaillant dans un atelier très-humide, il s'aperçut, il y a deux mois, que, sans cause connue, ses jambes enflaient pendant la journée, l'enflure disparaissant pendant la nuit. Cependant il continuait de travailler, lorsque, il y a quinze jours, il fut pris d'un rhume violent. Alors l'œdème devint plus considérable, il remonta des jambes aux cuisses, puis à l'abdomen ; la face devint bouffie, ce qui l'a décidé à entrer à l'hôpital.

Etat actuel. Jambes et cuisses fortement œdématiées, abdomen tuméfié, scrotum infiltré, membres supérieurs empâtés, face bouffie ; appétit conservé ; diarrhée depuis quelques jours ; toux

modérée ; crachats muqueux ; rien de particulier à l'auscultation des poumons et du cœur; point de fièvre. Urines peu abondantes, pâles, louches, à bulles persistantes, précipitant très-abondamment en flocons blancs par l'acide nitrique.

Le 31, nous commençons l'administration de l'acide nitrique (deux grammes dans un litre d'eau édulcorée ; le quart d'aliments ; demie de vin.)

Les jours suivants, un peu d'oppression. épistaxis le 3 décembre.

Le 5 décembre (cinquième jour du traitement), l'anasarque est sensiblement diminuée : les membres inférieurs donnent deux centimètres de moins à la mensuration circulaire. Les urines paraissent contenir un peu moins d'albumine. Soif. (Quatre grammes d'acide nitrique étendus dans deux litres d'eau.)

Les jours suivants, l'œdème et l'albuminurie continuent à s'amender. Le malade urine abondamment; peu de toux, point de diarrhée. (Même traitement.)

Le 15 (quinzième jour du traitement), l'anasarque est complétement dissipée, les urines ne fournissent plus qu'un léger nuage blanchâtre par l'acide nitrique et passent promptement à la teinte rosée. (Même traitement; trois quarts d'aliments.)

Nous continuons l'acide nitrique (quatre grammes dans un litre de véhicule) jusqu'au 22 décembre, époque où le malade est parfaitement guéri, n'offrant plus trace d'albumine dans ses urines, qui sont limpides et citrines, comme à l'état normal.

Nous gardons le malade en observation jusqu'au 4 janvier 1847, jour où il veut sortir, après treize jours de suspension du remède, les urines restant à l'état normal.

Voici, je le crois, un des résultats, les plus beaux, les plus nets qu'il soit possible de rencontrer : une albuminurie avec anasarque, datant de deux mois, s'amende à partir du moment où l'on administre l'acide nitrique. Le quinzième jour du traitement, plus de vestige d'œdème. Le vingt-deuxième jour, les urines cessent complétement d'être albumineuses.

Voici maintenant l'observation de M. le docteur Wolf, moins régulière, peut-être, en raison de l'indocilité du malade, mais tout aussi probante que la première. On a dit avec raison que les hôpitaux sont le champ le plus favorable à l'expérimentation, quelque nombreuses pourtant que soient encore les chances de déception qui s'y rencontrent.

Obs. II.— *Anasarque et albuminurie guéries promptement par l'acide nitrique.*— Un jeune homme de dix-sept ans, de constitution lymphatique, d'intelligence obtuse, pâtre de son métier,

se présente à ma consultation le 11 juin 1846. Il raconte que vers la fin de mai, après avoir porté un pesant fardeau, il a commencé à enfler partout le corps, sans autre dérangement appréciable ; il a cependant continué de vaquer à ses affaires.

Etat actuel.— OEdème généralisé, plus prononcé à la face dorsale des pieds et des mains. Mouvements tumultueux du cœur, sans bruits anormaux ; rien dans les autres organes : les urines fournissent un précipité blanc abondant par l'acide nitrique. L'acide en excès donne lieu à la formation d'une couche de substance jaune-sale, surnageant le liquide. (Le même effet a lieu en traitant de la même manière le blanc d'œuf étendu d'eau. Ce serait là, je crois, le moyen le plus à portée des praticiens pour évaluer approximativement la quantité d'albumine contenue dans l'urine....) L'acide hydrochlorique, la solution de sublimé corrosif, l'alcool, l'eau-de-vie fournissent aussi des précipités variables. Une forte décoction de mauve, de couleur brun-foncé, donne une teinte verte aux urines albumineuses comme à la solution du blanc d'œuf.

Je n'ai pas voulu donner le mélange de Hausen et de Constatt (mélange d'acide et d'éther nitriques), voulant observer l'effet de l'acide nitrique seul, administré en limonade, dans la proportion de deux grammes par jour. Le traitement est commencé le 13 juin.

Le 15 juin, même état, même traitement.

Le 18, l'albumine est fournie en moins grande quantité par les réactifs.

Le 19, le malade est beaucoup désenflé ; il veut essayer de faucher ; la quantité d'albumine augmente.

Le 21, l'anasarque est complétement dissipée ; le malade se croit guéri. Les urines précipitent encore par l'acide nitrique ; mais le précipité prend une teinte rose pâle, coloration qui, selon M. Martin Solon, indique le retour de l'urine vers l'état normal.

Le 25, les urines précipitent encore, mais faiblement. Le malade retourne à ses occupations. Il a pris en tout vingt grammes d'acide nitrique ; il n'a rien changé à sa nourriture et a gardé le repos.

Les urines ont encore continué de précipiter pendant trois semaines. Depuis lors, jusqu'à ce jour (10 novembre), je n'y ai plus trouvé trace d'albumine.

On voit ici, d'abord l'anasarque disparaître dans l'espace de huit jours ; puis l'albumine des urines diminuer sensiblement à la même époque et enfin l'albumine disparaître complétement au bout

d'un mois, bien que le traitement n'ait duré qu'une dizaine de jours, à la dose de deux grammes d'acide en limonade, sans autre médicament. La guérison persistait encore après cinq mois. Voilà certes encore un très-beau résultat et un fait très-authentique, du moins pour nous.

Donc voici deux faits qui nous paraissent d'une valeur incontestable, mais à côté d'eux s'en trouvent d'autres où la même médication fut loin d'avoir la même issue.

Obs. III. — *Anasarque avec albuminurie. Tuberculisation active par l'acide nitrique. Mort.* — Un homme de vingt-deux ans, de constitution grêle, menuisier, entre à la clinique le 16 novembre 1846. Il raconte que depuis deux ans, à diverses reprises, ses jambes se sont totalement enflées. Il tousse depuis le printemps dernier, il a sensiblement maigri ; jamais il n'a craché de sang. Il y a trois semaines que son rhume s'est aggravé et que ses jambes se sont enflées de nouveau.

Etat actuel. Maigreur, pâleur, léger empâtement œdémateux des jambes et surtout des cuisses, toux, crachats muqueux assez rares. Rien de notable à l'examen du thorax et de l'abdomen. Urines précipitant abondamment par l'acide nitrique. (Emollients sédatifs, diète lactée.)

Le 21, l'œdème est un peu plus prononcé. Nous commençons l'administration de l'acide nitriqne. (2 grammes dans un litre d'eau édulcorée.)

Les jours suivants, état stationnaire. (3, puis quatre grammes d'acide.)

Le 4 décembre, pesanteur à l'épigastre, diarrhée, un peu de fréquence du pouls, toux persistante. Cependant l'œdème a diminué, mais les urines précipitent toujours abondamment.

Les jours suivants, même état ; quelques râles, surtout au sommet du poumon gauche.

Le 10, nous donnons les 4 grammes d'acide nitrique dans une portion de 120 grammes gommée, édulcorée. Le malade se plaint de l'extrême acidité du breuvage ; l'abdomen est sensible, la diarrhée, la toux et le mouvement fébrile persistent. Nous étendons l'acide dans 500 grammes d'eau.

Les jours suivants même état. (Limonade nitrique, un grain d'opium, lavements laudanisés.)

Cependant les symptômes pectoraux s'aggravent, les urines restent fortement albumineuses. Submatité, craquement humide sous les clavicules, amaigrissement croissant. Le 19 décembre nous suspendons l'acide nitrique, après un mois d'administration.

(Chiendent gommé, looch avec laurier-cerise, une cuillerée à café de sirop d'acétate de morphine le soir.)

Néanmoins, la tuberculisation marche en s'aggravant, sous forme d'état typhoïde, et le malade succombe le 28, dix jours après la cessation de l'acide, quarante jours après le début du traitement.

A la nécroscopie : Tubercules à divers degrés, une petite caverne au sommet du poumon gauche. Tubercules et ulcérations dans l'intestin. Reins hypertrophiés, substance corticale anémiée, surface parsemée de vaisseaux étoilés et de fines granulations blanches, lesquelles, examinées au microscope, paraissent composées de granules amorphes, mêlés à quelques globules sanguins et à des débris organiques.

Ainsi, albuminurie datant de deux ans, tuberculisation subséquente, manifestement aggravée par l'acide nitrique. Cessation de l'anasarque, mais persistance des urines albumineuses après un mois de traitement. Il est rationnel d'attribuer l'insuccès peut-être à l'ancienneté de la maladie des reins, et surtout à la composition tuberculeuse des poumons et des intestins.

En même temps que nous expérimentions sur nos deux sujets, notre collègue, M. Schutzenberger, administrait l'acide nitrique à un homme affecté d'albuminurie, qui n'a éprouvé de l'emploi du remède que des accidents gastriques qui ont forcé de le suspendre, sans avoir obtenu aucun amendement de l'albuminurie.

Nul doute alors qu'il n'y ait des contre-indications et des cas rebelles à l'administration de l'acide nitrique ; mais les deux premiers faits démontrent évidemment l'efficacité de ce remède dans certaines circonstances. Sans prétendre guérir dans la proportion hyperbolique de huit fois sur neuf, comme le docteur Hausen, dût-on ne réussir qu'une fois sur trois, le traitement de l'albuminurie par l'acide nitrique serait encore une des plus précieuses acquisitions de la thérapeutique, s'il est vrai que par les méthodes classiques on n'obtienne qu'une guérison radicale sur soixante, et tels sont mes résultats.

Après avoir constaté l'efficacité du remède, qu'il nous soit permis de nous demander comment il agit. Ici, plusieurs hypothèses peuvent être produites : 1° l'acide nitrique agit-il sur le sang en augmentant sa plasticité, en rendant moins facile la séparation de l'albumine? Comme l'illustre Cullen, j'ai peu de fo dans ces modifications humorales, opérées par ces quantités moléculaires de substances médicamenteuses, introduites graduellement dans la masse du sang qui, très-probablement, les repousse et les élimine à mesure qu'elles arrivent. Quand on songe que

le sang n'est pas sensiblement modifié par d'énormes quantités d'alcool, par exemple, que souvent on ingère coup sur coup, on doit difficilement croire à l'action sur ce fluide de quelques grammes d'acide dilué et consommé dans le long intervalle de vingt-quatre heures. En outre, le sang est alcalin de sa nature, et pour que l'acide pût agir sur sa plasticité, il faudrait qu'il acidifiât ce liquide, effet qui nous paraît improbable, jusqu'à ce que la chimie nous en ait fourni la démonstration directe.

2° L'acide agit-il sur les reins? Cette supposition nous paraît plus rationnelle que la précédente. Le rein est le grand émonctoire du corps. A cet organe peu volumineux vient aboutir, dans un temps donné, presque tout le sang de l'économie. Les molécules répandues dans le torrent circulatoire se donnent, en quelque sorte, rendez-vous dans cet organe, témoin la promptitude avec laquelle certaines substances, ingérées à très-faible dose, manifestent leur présence dans le fluide urinaire. Le rein, accueillant successivement ces molécules médicamenteuses, peut définitivement en recevoir une impression quelconque. Dans l'espèce, on conçoit que 4 grammes d'acide nitrique, arrivant au rein dans les vingt-quatre heures, puissent y déterminer un effet astringent et s'opposer ainsi à la transsudation de l'albumine du sang.

3° L'acide nitrique agit-il directement sur l'estomac et secondairement, par sympathie ou par réflectivité, sur l'organe rénal? Cette hypothèse, empruntée au vitalisme, nous paraît trop hasardée, trop gratuite, pour que nous nous arrêtions à la développer.

Nous nous bornons à produire ces suppositions, sans oser nous prononcer entre elles : ce sont de simples sujets de réflexion et d'expérimentation que nous proposons aux observateurs.

Autre question. L'acide nitrique est-il le seul acide qui puisse produire de tels effets curatifs? Si c'est comme acide ou astringent qu'il agit, d'autres acides peuvent agir de même. Ici s'ouvre, on le voit, un nouveau champ à l'esprit d'investigation. Que si l'acide nitrique seul agit comme curatif, nous aurons des motifs de croire qu'il opère en exerçant une action positive sur l'albumine, car c'est, en effet, de tous les acides, celui qui la coagule le plus promptement, et ce sera une donnée de plus en faveur des doctrines humorales. Mais sortons des régions de la théorie, pour rentrer dans le domaine de la pratique.

En fait, il nous paraît démontré que le mode d'administration le plus favorable est la dilution de l'acide nitriqne dans un véhicule étendu; soit 2 ou 4 grammes, rarement plus, dans 500

grammes ou 1 kilogramme d'eau suffisamment édulcorée, à prendre dans la journée.

Sous forme plus concentrée, l'acide nitrique répugne au goût, agace les dents et peut les altérer, exerce une trop forte astringence sur les muqueuses, occasionne de l'anorexie, des pesanteurs, des pincements d'estomac, des douleurs abdominales, des coliques et de la diarrhée ; ce qui, d'une part, doit s'opposer à l'absorption du médicament, et, d'autre part, oblige à en suspendre l'administration avant la manifestation des effets curatifs.

L'acide nitrique est contre-indiqué dans les cas d'irritation pulmonaire et surtout de tuberculisation, ce qui, comme on le sait, lui est commun avec les acides en général.

Nous ne savons sur quelles idées théoriques on s'est basé pour conseiller l'association de l'éther nitrique à l'acide. Cette addition nous paraît superflue et suggérée, peut-être, par des suppositions gratuites ou par le désir de compliquer les formules, tendance industrielle trop répandue parmi les praticiens, et dont un des graves inconvénients est d'enrayer les progrès de la thérapeutique rationnelle, en compliquant et, par cela même, en obscurcissant les résultats observés. Nous n'approuvons même pas le choix d'un véhicule mucilagineux dont l'effet ne peut être que d'atténuer l'impression de l'acide et d'en énerver les effets. Si l'on redoute son excès d'action, il est tout simple d'en diminuer la quantité. Parmi les éléments surannés de la formule, le correctif est, dans la plupart des cas, un des plus inutiles et n'a guère qu'un avantage d'agrément.

Une des circonstances qui compromettent le plus l'avenir des remèdes nouveaux, c'est la tendance à en exagérer l'efficacité ou la rapidité d'action, à en dissimuler les inconvénients, les dangers ou l'impuissance dans les cas malheureux. De ce que l'acide nitrique échouera dans quelques cas, de ce qu'il tardera plus ou moins longtemps à produire ses effets, de ce qu'il aura de fâcheux effets dans quelques circonstances qu'il faut chercher à connaître et à éviter, n'allez pas en conclure que les prôneurs ont erré ou qu'il faille bannir ce moyen de la thérapeutique : ce sont pourtant les conclusions où conduisent les exagérations et la dissimulation des inventeurs. Quel que soit le remède en question, les éléments d'une même maladie sont si complexes, si variables selon les individualités, que jamais des effets identiques ne s'observeront dans tous les cas, et qu'on ne pourra jamais conclure absolument et *à priori* d'un fait à un autre. Dans l'albuminurie en particulier, l'âge de la maladie, la constitution du sujet, les complications gastriques, pulmonaires, cardiaques

et autres constituent de grandes variétés entre les individus, et c'est, encore une fois, à spécifier les cas favorables ou contraires qu'il convient de s'appliquer aujourd'hui ; et quelque rares que puissent être les succès de l'acide nitrique dans le traitement d'une affection réputée presque de nécessité mortelle, nous devons, je le répète en terminant, les accueillir comme d'ineffables bienfaits.

---

6. *Considérations sur une forme de névralgie lombo-abdominale simulant une maladie de l'utérus et sur son traitement.*

(Bulletin général de Thérapeutique, janvier 1847.)

On chercherait vainement, dans les ouvrages qui ont pour sujet les maladies utérines, une description de l'affection dont je vais entretenir le lecteur. Dans les traités des maladies de l'utérus, dès qu'on trouve des symptômes dans cet organe, on y voit toute la maladie. Qu'il survienne une douleur hypogastrique, avec écoulement blanc plus ou moins considérable et sensation de tension vers le périnée, on reconnaît aussitôt dans cet état une irritation, ou même une inflammation de la matrice ; on ne remonte pas plus haut, et si la malade se plaint de douleurs vives dans les hanches, dans les lombes, l'explication est bientôt trouvée, car on sait que les affections utérines les mieux caractérisées s'accompagnent d'irradiations douloureuses vers les reins.

Telle est la manière générale d'envisager ces faits. Quelquefois cependant la douleur utérine est tellement vive, tellement prédominante, qu'elle absorbe toute l'attention ; on trouve le col de l'utérus très-sensible, il est le siége d'élancements qui retentissent dans le rectum, l'anus et le périnée ; on considère alors la maladie comme une névralgie bornée à l'utérus, et on traite les malades en conséquence.

Je ne nie pas assurément que ces affections ne puissent exister isolées ; quant à la métrite, les faits surabondent où elle s'est montrée avec des irradiations douloureuses dans le bassin ; et quant à la névralgie bornée à l'utérus, si nous n'avons pas des observations aussi évidentes, du moins il est très-concevable que cette affection puisse être limitée à cet organe, et même à une partie de cet organe, puisque nous voyons, dans quelques cas, une très-petite partie des membres être le siége exclusif de la douleur névralgique. Mais il est d'autres cas (et lorsqu'on aura appris à les reconnaître, on ne les trouvera pas fort rares), qui ne sont autre chose qu'une névralgie lombo-abdominale, dont l'état de l'utérus fait seulement partie. Ce sont ceux dont je vais m'occuper. Ils sont presque toujours pris pour une maladie de

l'utérus, on leur oppose un traitement dans ce sens ; et cependant il est des moyens particuliers dont l'efficacité est incontestable, quoiqu'ils ne s'adressent pas directement aux symptômes utérins. C'est, par conséquent, une question éminemment pratique que celle qui va être discutée.

M. Bassereau (*Essai sur la névralgie des nerfs intercostaux considérée comme symptôme de quelques affections vésicales* ; thèse ; Paris, avril 1840), qui a étudié avec soin la névralgie dorso-intercostale, et qui, parmi les faits qu'il a recueillis a rencontré plusieurs complications de névralgie lombo-abdominale, a dû nécessairement être frappé de l'état de l'utérus dans quelques-uns de ces cas. Mais je crois que dans le plus grand nombre, si ce n'est dans tous, il a pris l'effet pour la cause ; et de plus, il a regardé l'état de l'utérus comme lié à la névralgie dorso-intercostale, tandis que, comme on va le voir, c'est bien à une névralgie lombo-abdominale qu'il faut attribuer les phénomènes.

A l'époque où je publiai mon *Traité des névralgies*, je possédais un certain nombre de faits qui avaient fixé mon opinion sur ce point ; mais je devais reconnaître qu'il serait utile d'en avoir de mieux caractérisés encore. Or, dans ces derniers temps, j'ai eu occasion d'observer quelques malades qui m'ont présenté, avec la dernière évidence, la forme de névralgie dont il est question, et j'y ai trouvé une telle source d'erreur dans le diagnostic, qu'il m'a paru très-important pour la pratique de les faire connaître, afin qu'on apprît à les distinguer.

Mais avant d'entrer dans le détail de ces faits, il convient de dire quelques mots de ce qui avait été observé antérieurement ; car c'est le seul moyen de faire bien comprendre les particularités que présente cette forme particulière d'une névralgie, beaucoup plus fréquente qu'on ne le croit communément.

M. Bassereau avait été frappé de la fréquence des symptômes utérins dans la névralgie intercostale ; mais je crois avoir démontré ailleurs (Voy *Traité des névralgies*, p. 399 et suiv.), 1° que les symptômes du côté de l'utérus ne sont pas notablement plus fréquents dans la névralgie dorso-intercostale que dans la plupart des autres névralgies, et 2° que, lorsque ces symptômes utérins sont très-intenses, lorsqu'ils ressemblent à ceux que nous allons décrire plus loin, il y a, outre la névralgie dorso-intercostale, une névralgie lombo-abdominale, à laquelle il faut les rapporter. Les faits cités par M. Bassereau suffiraient pour prouver la vérité de ce que j'avance, quand même je ne pourrais pas en rapporter plusieurs qui m'appartiennent, et dont quelques-uns ont été signalés dans le *Traité des névralgies*.

Puis, l'auteur que je viens de citer indique des faits résultant d'une observation très-exacte, mais dont l'interprétation me paraît vicieuse. Voici ce qu'il a trouvé chez les sujets qu'il a examinés : sur sept femmes qui se trouvaient dans le cas dont il s'agit, quatre avaient des douleurs intercostales et *abdominales* à gauche, et toutes présentèrent un point douloureux d'une grande vivacité au côté gauche du col. Dans ces mêmes cas, si la névralgie s'étendait au côté droit, la douleur du col se faisait également sentir à droite. Si la douleur des parois de la poitrine et de l'*abdomen* augmentait d'intensité, la douleur correspondante du col utérin augmentait de même. Dans deux cas la névralgie était double et la douleur du col était double également. Enfin, chez une femme, tout l'utérus était douloureux, bien que la névralgie fût bornée à gauche. En outre, il y avait, dans certains cas, gonflement du col, écoulement blanc, pesanteur vers le périnée.

M. Bassereau vit dans ces cas une irritation, une inflammation de la matrice qui, par l'intermédiaire des filets du grand sympathique, avait étendu son action jusqu'aux nerfs intercostaux et avait déterminé une névralgie intercostale ; mais ce que je viens de dire prouve que, pour M. Bassereau, les douleurs hypogastriques font partie de la névralgie intercostale, ce qui n'est pas exact, et c'est un premier point à noter.

J'avais, je le répète, opposé à cette manière de voir quelques cas qui m'avaient démontré que la maladie n'était pas dans l'utérus, et que cet organe, au contraire, était consécutivement malade. Je les rappellerai plus loin. Citons maintenant ceux que j'ai observés récemment et qui sont parfaitement caractérisés.

Obs. I. — *Névralgie lombo-abdominale ; douleurs très-vives dans l'hypogastre et les lombes; douleur correspondante dans le col de l'utérus ; douleur en urinant ; léger écoulement blanc et gonflement du col, sans aucune autre lésion de cet organe ; guérison par les vésicatoires volants multipliés.* — Le 26 septembre dernier je fus appelé auprès de Mme G..., qui se plaignait de douleurs très-vives dans l'abdomen, et que je trouvai dans l'état suivant :

Elle est d'une santé délicate, pâle, sans embonpoint. Elle est habituellement bien réglée et sans douleur. Elle a eu cinq enfants ; ses couches ont été heureuses et jamais elle n'a eu de maladie grave de l'utérus.

Elle me dit qu'elle a eu fréquemment des douleurs qui, d'après les renseignements qu'elle me donne, me paraissent de nature névralgique ; mais jamais elle n'en a éprouvé d'aussi violentes que celles qu'elle ressent maintenant.

J'apprends qu'il y a près de vingt jours que les règles ont eu

lieu : qu'elles n'ont rien présenté d'extraordinaire sous les rapports de la durée et de l'abondance, et que leur apparition ne s'est pas accompagnée de douleurs utérines remarquables.

Il y a déjà sept ou huit jours que Mme G... sentait vers les hanches et dans l'hypogastre des douleurs sourdes qui s'exaspéraient quelquefois, mais sans atteindre, à beaucoup près, le degré où elles sont maintenant. Au moment où je la vois, deux heures se sont écoulées depuis l'apparition de nouveaux accidents. La douleur a très-rapidement, et sans cause connue, augmenté d'une manière extrêmement notable ; elle se fait particulièrement sentir au côté gauche de l'hypogastre, au-dessus de l'anneau inguinal, et dans une étendue de quatre à cinq centimètres de diamètre, un peu en dehors de la ligne blanche. La pression exercée très-légèrement sur ce point exaspère considérablement la douleur. Un autre point moins douloureux se fait remarquer un peu en dehors des vertèbres lombaires, et un troisième existe un peu au-dessus et vers le milieu de la crête iliaque. En outre, il y a de la pesanteur vers le périnée et une douleur sourde, mais s'exaspérant parfois, dans la profondeur du bassin.

La douleur prend par moments la forme d'élancements ou d'une violente torsion, et devient alors tellement vive que la malade se met brusquement à son séant, se couche sur le ventre et prend diverses positions qui annoncent une vive anxiété.

Je pratique le toucher et je trouve le col de l'utérus un peu volumineux et un peu dur, et dans un point peu étendu de son côté gauche, une douleur très-vive à la pression, avec un retentissement marqué dans le point hypogastrique indiqué plus haut.

Il y a un écoulement blanc très-peu considérable ; et quant aux autres fonctions, elles ne présentent rien de remarquable, sauf une douleur assez vive au moment où commence l'action d'uriner. Le pouls n'offre que 76 pulsations ; la peau est fraîche ; la malade a mangé dans la journée comme à son ordinaire.

Dans le but de calmer promptement les douleurs, je prescrivis *un vésicatoire extemporané sur l'hypogastre, pansé immédiatement avec un centigramme d'hydrochlorate de morphine ; un cataplasme laudanisé sur les lombes ; injections matin et soir* :

Décoction de morelle.	500
Laudanum de Rousseau. . . .	2

Enfin j'ordonnai une *potion calmante*

Le 27, j'apprends qu'une heure environ avant mon départ, le calme s'était établi, et que quoique le sommeil n'eût été ni long ni continu, la malade avait passé la nuit sans souffrir beaucoup.

La douleur de l'hypogastre est toujours vive à la pression, mais les élancements et les torsions ont beaucoup diminué ; la douleur des lombes et celle de la crête iliaque sont à peu près dans le même état. Celle du col de l'utérus est moins vive ; mais le gonflement et la pesanteur sont les mêmes.

L'intensité des douleurs ayant ainsi diminué, je peux faire l'examen du col à l'aide du spéculum. Je le trouve un peu volumineux, baigné d'une petite quantité de matière blanche assez liquide : du reste, il est lisse, sans rougeur, sans granulations, en un mot, sans lésion d'aucune espèce.

(Deux nouveaux vésicatoires ordinaires aux lombes et au dessus de la crête iliaque ; panser celui de l'hypogastre avec le cérat seulement ; continuer les *injections opiacées.)*

Le 28, la douleur est très-supportable, l'état du col est à peu près le même.

Le 29, la douleur lombaire et hypogastrique a notablement diminué ; il n'y a plus d'élancements violents ; la malade a pu se lever. Elle ne souffre que très-peu en marchant et ne ressent plus de pesanteur vers le périnée. Le col n'est presque plus douloureux ; l'écoulement est réduit à très-peu de chose. Quant au volume du col, il ne paraît pas sensiblement diminué ; l'appétit, qui avait été très-faible ces deux jours derniers, est un peu revenu. (Même prescription.)

Le 30, quelques élancements s'étant fait sentir dans l'hypogastre, on applique un *nouveau vésicatoire volant.* La malade se plaint de constipation ; elle n'a pas eu de selle depuis trois jours. (Une bouteille d'eau de Sedlitz.)

Le 1er octobre, il y a cinq selles. La douleur est presque complétement dissipée ; il ne reste plus qu'un sentiment de fatigue dans les parties qu'elle occupait. Le col de l'utérus n'est plus douloureux à la pression ; il n'y a plus d'écoulement notable ; le volume me paraît toujours le même.

Le 5 octobre, les douleurs abdominales sont complétement dissipées ; mais il est survenu hier une douleur intercostale qui a pris aujourd'hui une assez grande intensité. Je ne m'étendrai pas sur cette nouvelle névralgie ; je ferai seulement remarquer qu'elle est apparue quelque temps après la disparition de la première.

Trois vésicatoires volants sont appliqués sur les principaux points douloureux, et sans autre traitement cette névralgie était complétement dissipée le 12 octobre.

L'état fut très-satisfaisant jusqu'au 24 octobre. Mme G.... ne ressentait plus de douleur notable ; seulement elle avait par mo-

ments quelques souffrances vagues dans la poitrine et le bassin, comme avant sa maladie.

Le 24 octobre, elle se trouvait si bien qu'elle sortit une grande partie de la journée et que le soir elle alla au spectacle ; mais au bout d'une heure et demie environ, elle fut prise de douleurs violentes dans l'hypogastre, qui l'obligèrent à rentrer promptement chez elle. Lorsque j'arrivai, elle se plaignait des mêmes douleurs qu'elle avait déjà éprouvées, ne doutant pas que ce ne fût une rechute. Voici ce que m'apprit l'examen.

L'hypogastre était sensible dans toute son étendue ; une pression légère était supportée, mais si on appuyait plus fortement on déterminait une douleur assez vive et l'on ne pouvait pas déprimer assez fortement la paroi abdominale pour reconnaître si le corps de l'utérus était ou n'était pas volumineux. Cette douleur à la pression ne se faisait pas sentir d'un côté seulement, mais des deux côtés de la ligne médiane, immédiatement au-dessus de la symphyse des pubis. Les lombes et les flancs ne présentaient pas de douleur notable à la pression. La malade y ressentait néanmoins quelques tiraillements douloureux. Le toucher faisait reconnaître que le col était volumineux, chaud et un peu sensible partout, mais non douloureux dans un point circonscrit. En le soulevant en même temps que je déprimais la paroi abdominale, j'augmentais la douleur, et je sentais distinctement les mouvements d'une main communiqués à l'autre par le corps ou le col de l'utérus.

J'appris en même temps que Mme G... était à l'époque de ses règles, et je ne doutai pas que les symptômes, fort différents de ceux que j'ai décrits plus haut, ne fussent ceux d'une dysménorrhée, quoique, je le répète, l'éruption des règles n'en eût jamais produit de semblables.

Je prescrivis 8 sangsues aux parties génitales; une potion calmante et le lavement suivant :

Pr.	Eau de guimauve Q. S. pour.	1/4 de lav.
	Laudanum de Sydenham.	8 gouttes.
	Camphre dissous dans un jaune d'œuf. . .	0,10 gramm.

Garder ce lavement autant que possible.

Le lendemain, 25 octobre, les règles étaient rétablies ; les douleurs avaient complétement cessé. Le sang coula les jours suivants comme à l'ordinaire, et peu de jours après, Mme G... était revenue à son état de santé ordinaire.

Ce cas est, comme on le voit, des plus remarquables. Lorsque j'arrivai auprès de la malade, elle ne se plaignait d'autre chose que d'une douleur vive à l'hypogastre, d'un sentiment de pesan-

teur qu'elle éprouvait vers le périnée, de la douleur profonde qu'elle ressentait dans la profondeur du bassin, et de son écoulement blanc. Quel est le médecin qui, au premier abord, n'aurait pas cru avoir affaire à une métrite, s'il n'avait bien connu les cas de la même nature ? La ressemblance est même si grande, qu'il n'est pas douteux pour moi que, chaque jour, des cas de ce genre ne soient pris pour des inflammations de l'utérus et traités comme tels.

Un examen circonstancié aurait-il pu faire éviter l'erreur ? Je réponds : non, si on ne connaissait pas les faits qui peuvent mettre sur la voie. On aurait trouvé des douleurs lombaires et abdominales ; mais des douleurs analogues appartiennent à la métrite, et il faut savoir les distinguer. On aurait trouvé le col de l'utérus douloureux ; mais c'eût été un grand motif de croire à l'existence d'une métrite, car on ne peut reconnaître la nature nerveuse de la douleur, si on ne sait qu'en pareil cas elle est circonscrite, et si on ne la recherche convenablement. Le peu d'accélération du pouls n'aurait pas été un motif suffisant pour éloigner l'idée d'une inflammation, car la métrite simple peut exister sans un grand mouvement fébrile.

Je le répète donc, une analyse très-exacte de tous les symptômes, et la connaissance des faits du même genre, pouvaient seules fournir les éléments d'un diagnostic solide.

La congestion utérine avec dysménorrhée, qui est survenue après la guérison de la névralgie, semble s'être produite exprès pour nous fournir un point de comparaison instructif. Je ne rappellerai pas ici les symptômes auxquels elle a donné lieu et qui sont si différents de ceux de la névralgie. Il suffit de jeter un coup d'œil sur l'observation pour s'en convaincre. Et cependant, si au lieu de produire les symptômes utérins, la névralgie était sous la dépendance de ces symptômes, c'est surtout dans cette seconde attaque, où l'utérus était si douloureux, que nous aurions dû trouver les douleurs nerveuses les plus violentes.

Les résultats du traitement méritent aussi de nous arrêter un instant. Dans les premiers moments, la douleur était si violente, qu'il fallait d'abord et avant tout songer à la calmer ; c'est pour cela que j'ai prescrit les opiacés sous diverses formes et notamment la morphine par la méthode endermique. Mais, dès que ce symptôme a été notablement diminué, j'ai traité la maladie comme une névralgie ordinaire, et bientôt les symptômes ont disparu. D'un autre côté, la névralgie intercostale, qui est survenue peu de temps après, est venue nous fournir une nouvelle preuve en faveur de la nature névralgique de la maladie.

J'ai rapporté ce fait avec de grands détails, parce qu'il est remarquable, et parce qu'il importe qu'on connaisse très-bien les symptômes caractéristiques de la forme de névralgie dont je parle; car, parfois, les nuances sont un peu plus difficiles à saisir.

Je rapporterai les autres observations beaucoup plus succinctement.

Obs. II. *Phthisie pulmonaire peu avancée*; *douleurs lombo-abdominales plus vives à gauche qu'à droite*; *douleurs des deux côtés du col*; *écoulement assez abondant*; *pesanteur dans le bassin*; *vésicatoires volants*; *guérison.* — Au mois de juin dernier, entra à l'Hôtel-Dieu (annexe), n° 7, salle Saint-Charles, une fille de vingt-quatre ans, bien réglée, de faible constitution. Elle était sujette à des douleurs dans l'abdomen, pour lesquelles elle était entrée plusieurs fois dans divers hôpitaux. C'est encore pour des douleurs semblables qu'elle est entrée dans notre service, dans l'état suivant :

Douleur continue et contusive dans les lombes, les flancs et l'hypogastre; par moments cette douleur devient lancinante, et elle se fait principalement sentir du côté gauche. La pression détermine une douleur des deux côtés, mais plus vive du côté gauche que du côté droit, et remarquable, aux lombes, un peu au-dessus des côtes iliaques, et sur les côtés de la ligne blanche, au-dessus du canal inguinal, dans une assez grande étendue.

Il existe une perte blanche peu abondante. Le col ne présente pas de volume anormal, il a sa température ordinaire; il existe néanmoins un écoulement blanc assez abondant, et la malade se plaint de pesanteur dans le bassin.

Le toucher fait reconnaître une douleur vive et circonscrite sur les deux côtés du col de l'utérus, et cette douleur est notablement plus marquée à gauche qu'à droite.

Examiné au spéculum, le col de l'utérus n'offre rien d'anormal sous le rapport de la couleur; il est lisse, sans excoriation ni granulations.

Du côté de la poitrine, on trouve des signes évidents de tuberculisation pulmonaire; et, de l'interrogatoire, il résulte que cette maladie a commencé il y a déjà plusieurs années.

Je me contente de ce résumé rapide, parce qu'il serait trop long d'entrer dans tous les détails, et j'ajoute seulement que de simples injections d'eau d'orge et l'application de cinq vésicatoires firent disparaître tous les symptômes en peu de jours.

Je pourrais joindre ici le sommaire d'une autre observation recueillie à peu près à la même époque; mais les détails en sont

presque identiques. Je crois devoir plutôt signaler un fait que j'ai actuellement sous les yeux, et dans lequel la douleur de l'utérus n'est survenue que deux jours après les symptômes de la névralgie, qui se sont montrés d'abord à gauche, puis à droite. Ce qu'il y a de remarquable dans ce cas, c'est que la douleur qui existe aux deux côtés du col de l'utérus est tellement circonscrite, qu'on peut la couvrir avec l'extrémité du doigt ; que l'ouverture du col ne présente aucune sensibilité anormale, et que la plus forte pression en avant et en arrière ne cause absolument aucune douleur.

Je peux encore rappeler deux faits que j'ai consignés dans mon *Traité des névralgies* (voy. *Obs.* 40 et 41), et dans lesquels on trouvera des symptômes semblables à ceux que je viens de décrire.

Je dois ajouter aussi que, dans un certain nombre de cas, on observe, comme on peut le voir dans la première observation, outre les douleurs utérines, des douleurs dans la vessie au moment d'uriner, qui se calment ensuite. Il est impossible de dire si ces douleurs n'occupent qu'un des côtés de la vessie ; mais tout porte à admettre qu'elles sont de nature névralgique, comme celles de l'utérus.

Enfin, on sait que, dans la névralgie lombo-abdominale, la grande lèvre du côté affecté peut présenter une très-vive douleur, soit spontanée, soit à la pression ; or, c'est ce qui est arrivé dans plusieurs de ces cas où la maladie aurait pu être prise pour une métrite.

Maintenant, que j'ai exposé les faits, nous pouvons discuter avec connaissance de cause les principales questions. J'ai dit que la maladie peut être prise pour un catarrhe vésical, ou pour une métrite aiguë. Or, M. Bassereau a dit formellement qu'il existait une métrite ; et que cette métrite était la cause de tous les symptômes. Mais comment la douleur causée par une métrite serait-elle limitée à un point circonscrit du col de l'utérus ? comment existerait-elle toujours sans fièvre notable ? comment céderait-elle si rapidement aux moyens dirigés contre la névralgie ? Je ne crois pas que, dans la manière de voir de M. Bassereau, il soit possible de répondre à ces questions d'une manière satisfaisante.

Il est arrivé au contraire quelquefois, ainsi que je l'ai dit plus haut, qu'on n'a tenu compte que de la douleur utérine, et qu'on n'a vu dans la maladie qu'une névralgie bornée à l'utérus. Mais les douleurs lancinantes et à la pression, qui ont leur siége dans les lombes et les flancs, et l'influence que les vésicatoires volants

appliqués sur ces points exercent sur le point douloureux de l'utérus, prouvent que, dans un certain nombre de ces cas, on n'a vu qu'une partie de l'affection.

Quelle que soit la méprise, le traitement est nécessairement incomplet, et c'est surtout sous ce point de vue que le praticien est fortement intéressé à bien connaître les faits. Croit-on à l'existence d'une métrite ou de toute affection aiguë, on propose les sangsues, les émollients; on insiste sur ces moyens, et la maladie se prolonge : elle peut même durer fort longtemps ainsi. Que de femmes ne voit-on pas qui ont le ventre couvert de piqûres de sangsues et d'incisions de ventouses, pour de prétendues inflammations de bas-ventre qui n'ont jamais existé! L'affection dont nous parlons n'est pas une maladie qui menace l'existence, et, sous ce rapport, une erreur dans le traitement n'a pas autant de gravité que dans certains autres cas; mais c'est une chose très-fâcheuse que de laisser les sujets dans un état maladif et avec des souffrances presque continuelles, quand on pourrait les guérir complétement, ou du moins, dans les cas rares de névralgie rebelle, les soulager très-notablement. Or, ces avantages, on les obtient très-facilement par les moyens fort simples que j'ai indiqués plus haut.

Lorsqu'on prend la maladie pour une simple névralgie de l'utérus, l'inconvénient peut être moins grand, mais c'est seulement quand on emploie des moyens locaux énergiques. M. Jobert fait cesser des douleurs hypogastriques et utérines très-vives, en cautérisant le col de l'utérus avec le fer rouge. Je ne doute pas que, dans un nombre peut-être considérable de cas où il agit ainsi, la douleur n'ait sa source dans les nerfs lombaires et ne puisse être suivie jusqu'à la colonne vertébrale; et, cependant, je conçois très-bien ses succès. Le cautère actuel est un moyen extrêmement puissant contre les névralgies; si on l'applique sur une grande partie du trajet du nerf, on fait promptement disparaître la douleur; il y a moins d'avantage à ne cautériser qu'un seul point, et, cependant, on peut très-bien réussir ainsi. Nous savons que, dans la sciatique, les Arabes ne brûlaient qu'un point du pied. Dans le nerf trijumeau, il a souvent suffi, ainsi que l'a fait remarquer M. Jobert lui-même, de cautériser un rameau pour voir disparaître la douleur de tous les autres. Les choses ne se passent-elles pas de la même manière dans les cas dont il s'agit ici? La cautérisation, pratiquée sur un des principaux points, exerce son influence sur tous les autres; cela ne sort nullement de la règle.

Je n'ai pas, comme on vient de le voir, traité la question sous

le point de vue physiologique : je ne crois pas que ce fût le lieu dans un article de cette nature. Qu'il me suffise de dire, pour ceux qui nient l'existence des nerfs spinaux dans l'utérus, que ces nerfs sont admis par Hunter, Robert Lee, Tiedeman, etc., et que MM. Muller et Remak ont trouvé des fibres spéciales qui puisent à la fois l'influx nerveux et dans l'axe cérébro-spinal et dans le nerf trisplanchnique. Je sais bien que M. Jobert n'a pas trouvé de nerfs dans le col de l'utérus; mais, puisque le col devient douloureux, il faut bien qu'il reçoive d'une manière ou d'autre l'influx nerveux, ce qui est suffisant pour le pathologiste. D'ailleurs, les faits que je viens de citer sont positifs; que la physiologie les explique comme elle pourra, nous ne devons pas moins en tenir compte au lit du malade.

7. *Thérapeutique des maladies de la peau.* — Pratique de M. A. Devergie, médecin de l'hôpital Saint-Louis. — Maladies du cuir chevelu.

(Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques, janvier 1847.)

Si chaque forme morbide d'affections cutanées réclame un traitement spécial, on peut établir que la thérapeutique des maladies de la peau diffère encore d'une manière notable, lorsque ces maladies affectent certaines parties du corps et notamment le cuir chevelu, les parties génitales et les aisselles. La présence des cheveux ou des poils dans ces régions tend à modifier, d'une manière notable, leur forme, leur marche et leur durée. Les cheveux et les poils ont d'ailleurs des maladies qui leur sont propres. Enfin la sueur, le contact de la peau avec la peau; la sécrétion muqueuse des parties génitales chez la femme, la transsudation toute particulière qui s'observe chez l'homme dans l'étendue des organes génitaux, sont autant de causes qui viennent modifier, retarder ou empêcher la guérison des maladies cutanées. Ajouterons-nous enfin que le voisinage immédiat des principaux organes de la vie doit imposer au médecin une grande réserve dans l'emploi des agents résolutifs, qu'il est disposé à mettre en usage et qu'il n'hésiterait pas à employer s'il s'agissait de toute autre partie du corps ?

Nous nous proposons de consacrer cette année une série d'articles à l'étude de la thérapeutique de ces affections, en commençant par les maladies du cuir chevelu et des cheveux.

L'âge nous servira de méthode d'exposition, attendu que certaines maladies affectent plutôt tel âge que tel autre. Cet ordre d'exposition prête d'ailleurs beaucoup mieux à des considérations pratiques importantes.

Tête. — Affections cutanées chez les enfants à la mamelle (je laisse de côté les maladies héréditaires dont j'ai parlé précédemment). Quelques semaines après la naissance, et le plus souvent du deuxième au troisième mois, les enfants de forte complexion, et surtout ceux chez lesquels la graisse domine, sont pris de trois formes très-distinctes de maladies cutanées : l'une est l'*acné sébacé*, la seconde, l'*eczema impetiginodes chronique;* la troisième, l'*eczema muqueux* ou *acor mucifluus*.

L'*acné sébacé* ainsi que l'*eczema impetiginodes chronique* constituent ce que l'on désigne communément sous le nom de *croûtes* et *crasses de lait;* il y a une différence très-notable entre ces deux maladies que je vais chercher à peindre.

L'acné sébacé est une sorte de crasse qui adhère fortement au cuir chevelu des enfants et que l'on voit naître presque aussi souvent encore chez les enfants maigres que chez les enfants gras. Il se manifeste, ou au sommet ou en avant de la tête ; se limite quelquefois à une très-petite étendue, et dans d'autres cas gagne de plus en plus en surface pour recouvrir presque toute la peau de la tête. Dans quelques cas même il gagne le front, la face, et donne alors à la figure de l'enfant l'aspect hideux d'un masque de crasse grisâtre.

L'eczema impetiginodes chronique, qui se montre à la même époque de la vie de l'enfant, constitue la croûte de lait. Il consiste dans la sécrétion d'une humeur visqueuse et à moitié purulente, qui se concrète aussitôt qu'elle est sécrétée et forme une croûte épaisse d'un blanc-jaunâtre, adhérente à la peau et aux cheveux ; limitée d'ailleurs à un point plus ou moins étendu, ou, au contraire, envahissant toute la surface du cuir chevelu. Quelques portions de cette croûte se détachent, comme par écailles, sans que jamais les parties les plus profondes cessent d'adhérer à la peau.

Le cachet de ces deux affections, c'est leur marche chronique. Et lorsqu'elles s'étendent, c'est qu'alors elles sortent des conditions communes pour prendre l'état aigu et envahir une grande partie de la surface du corps.

Il n'en est pas de même de l'*eczema muqueux* des enfants, *acor mucifluus;* ici le développement de la maladie est brusque. La surface de la tête est envahie en peu de temps ; on voit s'opérer au cuir chevelu un état inflammatoire plus ou moins marqué, avec excès de sensibilité de la peau, démangeaisons intenses, qui déterminent les enfants à se gratter et à s'excorier de plus en plus ; suintement plus ou moins abondant, visqueux, filant, tachant et empesant fortement le linge. Cette sécrétion est quel-

quefois considérable ; elle peut même par son abondance porter atteinte à la santé de l'enfant. Ce sont surtout les démangeaisons qui l'excitent, le privent de sommeil, puis d'appétit, et déterminent un amaigrissement plus ou moins grand. Aussi l'allaitement ne se fait-il que d'une manière incomplète.

Voilà donc trois formes de maladies très-nettes, très-tranchées, se montrant toutes trois dans les mêmes points, se développant au même âge et réclamant des soins différents. Une seule, la dernière, peut offrir quelque gravité par les atteintes qu'elle porte, dans certains cas, à la santé.

La thérapeutique de ces trois affections n'est pas la même. Les deux premières veulent être en général respectées ; la dernière exige des soins, mais des soins parfaitement dirigés.

Les mères, coquettes de leurs enfants, s'attachent toujours à enlever avec beaucoup de soins les plaques de crasses qui constituent l'acné sébacé. Quand on le fait dès leur développement et que tous les matins on se borne à brosser la tête avec une brosse de chiendent, cela n'a pas d'inconvénient ; mais quand la plaque existe depuis longtemps et qu'on vient à l'enlever brusquement, alors on peut apporter quelque trouble dans la santé de l'enfant. Des soins bien entendus consistent donc à se borner à l'usage de la brosse de chiendent, et si dans quelques cas la couche de sécrétion morbide prend trop d'étendue, il faut alors agir partiellement sur elle, en étendant çà et là, chaque soir, un peu d'huile de lys et détachant le lendemain les sécrétions morbides que l'huile a rendues moins consistantes. Il ne faut jamais employer de pommades résolutives. Plus la maladie a d'étendue, plus il faut savoir la respecter. On doit attendre que l'enfant ait pris de la force et de l'accroissement avant de chercher à obtenir la guérison de cette affection, qui, du reste, ne présente aucune gravité. Son aspect seul est désagréable pour les parents.

Ces mêmes préceptes sont applicables à la croûte de lait. Toutefois il ne faut pas aller au delà de la prudence et suivre scrupuleusement le précepte de quelques médecins, qui prétendent que dans aucun cas *on ne doit y toucher*. S'il est vrai que cette sorte de sécrétion est dans beaucoup de cas un bienfait de la nature, qui semble porter au dehors un principe morbide, il y a des inconvénients à trop respecter ces émonctoires naturels. Ce sont les cas, par exemple, où la croûte de lait reste stationnaire après avoir pris une grande étendue. Ainsi, tant qu'il y a accroissement de la maladie et sécrétion soutenue, il faut respecter d'autant plus cette sorte d'émonctoire, qu'en général il

donne peu de sécrétion morbide, et que par cela même il n'altère pas la santé de l'enfant.

Il n'en est pas de même lorsque la maladie est arrivée à sa période de stase, d'inertie, c'est-à-dire à cet état stationnaire, en vertu duquel la croûte de lait ne fait plus de progrès ni en bien ni en mal. Cet état bien constaté, on peut agir, mais avec beaucoup de réserve. Que le médecin sache bien qu'il guérira toujours cette affection avec la plus grande facilité. Qu'il sache de plus que, dans certains cas, j'ai vu un cataplasme de farine de graine de lin, appliqué sur les parties malades, déterminer la chute des croûtes, mettre le corps muqueux de la peau à nu, sa dessiccation s'opérer, supprimer toute sécrétion morbide, et causer une sorte de répercussion, en vertu de laquelle se sont développés des symptômes cérébraux très-violents et très-compromettants pour la vie de l'enfant.

Quelle est donc la marche à suivre en présence de résultats si graves, obtenus sous l'influence d'un moyen en apparence inoffensif? Je donne en ce moment des soins à un enfant de 2 ans, très-fort, très-bien constitué, appartenant à une famille anglaise dans une grande aisance, et chez lequel un œdème général est survenu brusquement, parce qu'un de nos honorables confrères, cédant aux vives sollicitations de la mère, a proposé l'usage, chaque soir, de cataplasmes de farine de graine de lin sur toute la surface de la tête; dès le second ou le troisième jour il y eut suppression totale de maladie cutanée et augmentation du volume du tissu cellulaire sous-cutané général à un tel degré que l'enfant ne pouvait plus respirer.

En opposition avec ce fait, je me rappelle qu'il y a trois ans un conducteur de malle-poste vint me consulter pour sa fille âgée de 7 ans, et chez laquelle on avait tellement respecté la croûte de lait, que cet enfant présentait au côté gauche du front, au voisinage de la tempe, une plaque jaunâtre de 5 centimètres de diamètre. Cette plaque, qui tombait à de très-longs intervalles, se reformait très-lentement : elle avait fait une empreinte profonde sur la peau en la déprimant, elle s'était opposée à la croissance des cheveux; elle se fût ainsi perpétuée des années, et eût laissé en définitive une cicatrice indélébile qui eût défiguré cette jeune personne. Il a suffi de quelques cataplasmes et de l'emploi, pendant quelques jours, d'une pommade légèrement résolutive, pour amener la guérison complète de ce que j'appelai alors une infirmité.

Les croûtes de lait s'opposent, en effet, à la croissance des che-

veux ; aussi les enfants, chez lesquels elles se développent, n'ont-ils que quelques cheveux rares et maigres.

Lorsque le médecin juge convenable d'opérer la guérison des croûtes de lait, il faut qu'il les attaque par portions de petite étendue : c'est là une condition importante à observer pour éviter tout développement d'accidents du côté des organes internes de l'économie. A cet effet, il fera étendre tous les soirs un peu de crème ou un peu de beurre sur un point malade jusqu'à guérison de ce point. Il en attaquera un second, puis un troisième et successivement toute la surface malade dans un temps donné très-long. Il est rare que l'on soit obligé d'arriver à des résolutifs ; cependant, s'il y a lieu d'employer quelques pommades, il faut s'adresser de préférence à la pommade au tanin dans la proportion de 5 décigrammes à 1 gramme de tannin pour 30 grammes d'axonge. On peut y ajouter, dans certains cas, quelques centigrammes de camphre.

Ces moyens simples suffisent dans la plupart des cas, sauf la date fort ancienne du mal et l'âge assez avancé de l'enfant, qui permettent d'avoir recours à tous les agents que nous avons proposés pour le traitement de l'eczema impetiginodes chronique, traitement tant externe qu'interne.

L'*eczema muqueux* réclame d'autres médications. Comme dans les deux affections précédentes, il faut d'abord laisser le suintement s'opérer seul, ne rien employer pour l'arrêter, se borner à des soins de propreté qui consisteront dans des lavages matin et soir avec une éponge imbibée d'eau de sureau, le changement fréquent des linges ; éviter les grattages des enfants autant que possible. Quand ces grattages sont trop répétés, enduire la tête d'un peu de crème fraîche. Le suintement devient-il par trop abondant, au point de fatiguer l'enfant, de diminuer les besoins de l'allaitement, on tarit la sécrétion à l'aide d'un peu de poudre d'amidon appliquée sur des portions limitées du mal ; mais on ne l'applique pas soir et matin : on supprimerait trop brusquement. On arrive peu à peu à des lotions résolutives ayant pour base l'eau de sureau que l'on active un peu plus tard par l'addition de quelques gouttes d'extrait de Saturne. Ce traitement simple suffit pour la guérison de l'*acor mucifluus*.

Comme on le voit, nous avons été sobre de moyens : c'est que nous considérons comme dangereux la plupart d'entre eux ; c'est que, dans cet article, il convenait de porter dans l'esprit des médecins une grande réserve dans la thérapeutique des maladies des enfants à la mamelle. Ce n'est guère que vers la deuxième ou la troisième année que l'on peut se permettre d'opérer la

guérison des maladies qui n'ont pas cédé sous le bénéfice seul de la nature.

THÉRAPEUTIQUE. — 8. *Recherches sur la saponine et sur les propriétés des plantes qui renferment ce principe.*

(Gazette médicale de Paris, N° 5; 1847.)

Après avoir démontré, avec M. le docteur Bonnet, que la saponaire officinale et la nielle des blés sont vénéneuses, et qu'elles doivent leur propriété toxique à la saponine qu'elles contiennent en quantité assez considérable, M. Malapert a pensé que beaucoup d'autres plantes de la même famille devaient contenir ce principe. En conséquence, il l'a cherché dans les différentes parties de plusieurs espèces de caryophyllées, ainsi que dans le mouron rouge et dans le mouron bleu, qui, au premier aspect, paraissent avoir quelque ressemblance avec les plantes de la famille dont il s'agit, bien qu'elles aient les caractères des primulacées dont elles font partie. M. Malapert s'est assuré que les différentes parties des plantes qu'il a examinées ne jouissent pas toujours des mêmes propriétés. En effet, les semences de la nielle contiennent de la saponine, et ce toxique ne se trouve pas dans toutes les parties de la graine; il n'est contenu que dans les cotylédons avec une huile jaune, douce, facilement saponifiable, et *une matière qui jaunit sous l'influence des alcalis.* Les racines de la même plante en contiennent beaucoup, depuis la première époque de l'accroissement jusqu'au moment où les fruits sont mûrs, que les phénomènes de la végétation ont complétement cessé. Les tiges, les feuilles, les calices n'en contiennent pas, ou n'en contiennent que des quantités qui n'ont pas pu être appréciées ; mais on en trouve dans les ovaires, même avant l'épanouissement des fleurs. Il s'en produit dans ces parties, en proportion de leur accroissement, jusqu'à la maturité des semences, ce qui explique, dans l'opinion de l'auteur, ce fait bien connu de quelques habitants de la campagne, que les vaches ne sont pas incommodées quand elles ont mangé cette plante jeune avant la floraison, tandis que la sécrétion du lait diminue ou cesse tout à fait chez ces animaux, quand ils ont mangé pendant quelques jours cette même plante en fleurs ou en fruits.

Le silène penché (*silene nutans*) contient au moins autant de saponine que la saponaire officinale ; mais, contrairement à la nielle des blés, M. Malapert en a rencontré dans toutes ses parties, excepté dans les semences, où du moins il n'a pu en constater la présence. Il a trouvé le même principe dans l'œillet cultivé, l'œillet sauvage, l'œillet des chartreux , l'œillet prolifère ; mais il

n'existe pas également dans toutes les parties de ces plantes. Il est abondant dans les racines, en petite quantité dans les feuilles et les tiges. Il ne l'a trouvé ni dans les pétales ni dans les semences.

Le lychnide dioïque, L. croix de Jérusalem, L. fleur de coucou, le silène enflé, contiennent aussi de la saponine, que M. Malapert a cherchée en vain dans quelques *arenaria*, dans la *stellaria holostea* et l'*holosteum umbellatum*, ainsi que dans la *stellaria media* (mouron des oiseaux).

Il résulte enfin d'un grand nombre de citations que M. Malapert emprunte à divers auteurs de thérapeutique, que toutes les plantes qui contiennent de la saponine, telles que les diverses espèces de *lychnis* dont il vient d'être fait mention, le marron d'Inde, le mouron rouge et bleu, etc., empruntent à ce principe actif des propriétés sur lesquelles on est loin d'être fixé, et qui méritent d'éveiller l'attention des médecins. En effet, il est démontré que les mourons rouge et bleu empoisonnent les chevaux, les chiens et les oiseaux ; que la saponaire tue les poulets ; que le marron d'Inde, non privé de son principe amer (la saponine), empêche les gallinacées de pondre ; que les grains de la nielle des blés tuent les chiens et la volaille, et qu'elles sont aussi un poison pour l'*homme* ; que la plante en fleurs ou en fruits empêche la sécrétion du lait chez les vaches ; que ces animaux ne la mangent que mélangée avec d'autres herbes et ne la recherchent point. Il n'est pas démontré que les animaux mangent la racine de cette plante encore jeune ; elle n'est d'ailleurs pas facile à arracher sans certaines précautions, comme l'auteur a pu s'en assurer par lui-même en cueillant dans les champs.

On est encore loin d'être d'accord sur le mode d'action que ce principe et les plantes qui le contiennent exercent sur l'économie, et par conséquent sur leurs propriétés médicales. Les anciens auteurs attribuaient à toutes les plantes, dans lesquelles on a trouvé la saponine, la vertu de résister au venin, de guérir la morsure des animaux venimeux et même la rage ; les modernes ne sont d'accord à cet égard avec les anciens que pour reconnaître à ces plantes une propriété diurétique et sternutatoire. En laissant de côté ce qu'il y a d'exagéré ou de purement imaginaire dans les effets attribués à la saponine, l'activité dont cette substance paraît douée, ses effets malfaisants lorsqu'elle se trouve accidentellement mêlée avec les aliments des animaux, sont autant de motifs suffisants pour faire présumer que la thérapeutique pourrait, dans des cas déterminés, en tirer quelque parti. En appelant l'attention des expérimentateurs sur cette substance, et en fai-

sant mieux connaître ses propriétés qu'on ne l'avait fait jusqu'à présent, M. Malapert n'aura point fait un travail sans utilité. (*Répertoire de pharmacie*, octobre 1846.)

Emploi du tannate de fer dans la chlorose. — D'après M. Benedetti, le tannate de fer serait préférable à toutes les autres préparations martiales dans le traitement de la chlorose. Il se croit autorisé à conclure des résultats de sa pratique que le traitement des pâles couleurs par le tannate de fer ne dure pas au delà de quinze à vingt-cinq jours, selon le degré de gravité de la maladie. On doit le donner à la dose de 5 décig. à 2 grammes par jour.

Le mode de préparation est le suivant : on prend de la limaille de fer qu'on traite par de l'acide sulfurique étendu de manière à obtenir un sulfate de fer très-pur, lequel est transformé à son tour en carbonate de la même base, à l'aide de carbonate de soude. *Cinq* parties du produit ainsi obtenu sont jetées dans un vase de porcelaine contenant une dissolution aqueuse bouillante d'*une* partie d'acide tannique très-pur. On agite continuellement la masse jusqu'à effervescence complète, et après l'avoir exposée à une température de 100° jusqu'à consistance de bouillie épaisse, on retire la matière du feu, on la verse sur des assiettes de porcelaine et on dessèche à l'étuve. Le tannate de fer humide se présente sous forme de longues aiguilles. Sec, il est de couleur marron, insipide, insoluble, amorphe. On l'administre en pilules.

Efficacité de l'extrait de nicotiane contre le tic douloureux de la face. — La nicotiane passe pour guérir, ou du moins calmer les accès de prosopalgie ou le tic douloureux de la face. Est-ce comme excitant ou comme calmant qu'agit la nicotiane dans ce cas ? Bien qu'au point de vue de la pratique empirique, cette question puisse paraître oiseuse, elle est loin de l'être en réalité, car de la solution de cette question dépend le choix du mode de combinaison ou d'association que l'on appropriera à cette substance (et ceci soit dit en passant, cette question devra se reproduire naturellement pour chaque substance à laquelle il sera nécessaire de donner un excipient ou un adjuvant d'une certaine énergie). Or, M. le docteur Gower croit être parvenu à fixer ce point. Depuis vingt ans, dit-il, il employait avec le plus grand succès les applications topiques d'alcoolé et d'infusé de nicotiane, sans avoir bien positivement reconnu si ce médicament agissait comme excitant ou comme calmant. Il continuait néanmoins à en faire un usage tout à fait empirique, lorsque M. Chippendale fit connaître que le principe médicamenteux de ce végétal est la nicotine, tandis que l'huile volatile qui se rencontre dans la plante est susceptible d'en affaiblir l'action en combat-

tant dynamiquement l'effet narcotique. Appuyé sur ces nouveaux renseignements, M. Gower a pensé que parmi les diverses préparations de nicotiane, il devait donner la préférence à l'extrait, et en effet, il a vu, chez trois malades, une seule application de soluté aqueux de cet extrait apaiser instantanément et d'une manière soutenue les douleurs de cette névralgie si rebelle.

L'emploi de ce médicament, administré une seule fois en friction sur la joue du côté malade, lui a également procuré un succès marqué dans des cas d'odontalgie.

---

9. *Recherches et expériences sur l'inhalation de l'éther sulfurique*; communiquées par la Société des médecins allemands à Paris (1).

(Gazette médicale de Paris, N° 6; 1847.)

Dès que les premiers résultats obtenus dans un hôpital de Paris furent communiqués aux Sociétés savantes, la Société des médecins allemands entrevit les avantages que la thérapeutique chirurgicale pourrait retirer de ce moyen d'éteindre la sensibilité chez un individu qu'on va soumettre à une opération; mais aussi elle pensa, qu'outre le fait matériel de l'insensibilité qu'il fallait constater, il était important de déterminer toutes les conditions dans lesquelles l'inhalation réussissait, et les conditions dans lesquelles le résultat était incomplet ou nul. Il fut dès lors résolu, dans la séance du 15 janvier 1847, qu'il serait fait des expériences sur ceux des membres de la Société qui voudraient s'y soumettre; et pour que ce travail fût complet, il fut nommé deux commissions : l'une pour diriger et surveiller les expériences, et recueillir les matériaux que ces expériences pourraient fournir; l'autre pour rechercher et coordonner tous les faits qui seraient publiés dans les ouvrages périodiques, communiqués aux Sociétés savantes et obtenus dans les hôpitaux.

C'est le résultat de ces premières expériences et de ces premières recherches que nous allons faire connaître.

Les membres de la Société qui se sont soumis à ces expériences sont de jeunes médecins dans la force de l'âge (de 25 à 34 ans), en général d'une bonne constitution, n'étant pour le moment affectés d'aucune indisposition, doués d'une bonne et forte volonté de savoir à quoi s'en tenir sur les effets de l'inhalation, et

(1) Parmi les nombreuses recherches et expériences tentées de toutes parts sur l'inhalation de l'éther, nous sommes heureux de distinguer celles qui ont été instituées par la Société des médecins allemands à Paris. Elles portent le cachet de véritables expériences scientifiques. C'est à ce titre que nous les avons accueillies, comme le document le plus intéressant produit pendant la semaine sur ce sujet.

dès lors nullement prévenus ni pour, ni contre les résultats, tous enfin ayant l'instruction nécessaire pour analyser leurs impressions et pour les communiquer aux autres.

L'appareil dont on s'est servi est très-simple: c'est celui qui a été confectionné par M. Luër. Il consiste en un flacon à trois ouvertures : l'une pour l'introduction de l'éther, l'autre pour laisser entrer l'air extérieur, et la troisième pour l'aspiration de l'air chargé de vapeur d'éther. Cette dernière ouverture est en communication avec un tube terminé par un embout qui s'applique extérieurement autour de la bouche. Cet embout est muni de deux soupapes: l'une s'ouvre pendant l'inspiration pour laisser arriver à la bouche l'air saturé d'éther ; l'autre s'ouvre pendant l'expiration pour empêcher l'air venant des poumons de pénétrer dans le flacon. Souvent le nez est resté libre; mais toutes les fois que l'on s'est aperçu que cet organe servait à l'inspiration, on a fermé ses ouvertures soit avec les doigts, soit avec une pince *ad hoc*.

Les expériences ont été faites environ deux heures après le déjeuner, qui a consisté le plus souvent en café à la crème et quelquefois en chocolat, jamais en viande ni en vin.

La température de la salle où les expériences ont été faites était en général à 16° R ; jamais elle ne s'est élevée au-dessus de 18°.

Nous donnons ici un tableau indiquant la durée des expériences et les modifications survenues minute par minute dans le pouls et la circulation.

Numéros des expériences Age des sujets.	Avant l'inspiration. Pouls.	Respir.	Durée l'expér. Minut.	Sec.	Total des inspirat.	Pendant l'inspiration.	Pouls.	Resp.	Observat. particul.
N° 1. L..., 33 ans.	81	20	3	17	92	1re min.,	92	Non notée.	Déjeuné 2 heures avant l'expérience.
						2e —	97		
						3e —	105		
						5e —	92		
						7e —	81		
N° 2. St..., 24 ans.	86	27	1	25	32	1re —	94	21	Déj. 1 h. avant. Ce sujet a une hyp. légère du vent. gauche.
						2e —	100		
						6e —	116		
N° 3. Le même une minute après la Ire expér.	86	27	1	20	11	1re —	11		
						2e —	88		
						6e —	72		

Numéros des expériences. Age des sujets.	Avant l'inspiration. Pouls.	Respir.	Durée de l'expér. Minut.	Sec.	Total des inspirat.	Pendant l'inspiration.	Pouls.	Resp.	Observat. particul.
N° 4. R...	104	27	1	15		1re min.,	107	26	La toux empêche de compter les inspir.
						20e —	96		
N° 5. B...	80	16	3	40	40	1re —	86	11	Déjeuné 1 heure 1/2 avant.
						2e —	87	10	
						3e —	85	11	
						4e —		8	
						30e —	90	20	
N° 6. St...	77	18	2	10	32	1re —	106	15	Déj. 3 h. av. Le pouls est filif., à peine sensib.
						2e —	112	14	
						10e —	98	17	
N° 7. P...	112	18 1/2	1	17	23		148	16	Pouls intermit., hyp. du ventr. gauche.
N° 8. Le même une demi-minute plus tard.	112	18 1/2	1	3	20		148	18	
N° 9. Le même deux minutes plus tard.	112		5	40	96	1re —	150	19	
						2e —	120	18	
						3e —	115	17	
						4e —	117	17	
N° 10. Z..., 25 ans.	76	22	8		206	1re —	108	18	Déj. 2 h. avant.
						2e —	96	22	
						3e —	102	24	
						4e —	104	26	
						5e —	108	26	
						6e —	104	28	
						7e —	108	30	
						8e —	102	32	
N° 11. Le même			2	35	51	1re —	112	25	
						2e —	104	26	
						3e —	106	28	
N° 12.	106	22	5	40	128	1re —	124	21	Déj. 2 h. avant.
						2e —	116	16	
						3e —	112	21	
						4e —	104	24	
						5e —	116	25	
						6e —		21	
N° 13. L..., 33 ans.	78	20	15			1re —	80		A jeun.
						6e —	76		
						11e —	84		
N° 14. Sch...	84	24	9	30		1re —	86		Déj. 2 h. av.
						6e —	84		
						12e —	90		

Numéros des expériences. Age des sujets	Avant l'inspiration. Pouls.	Respir.	Durée de l'expér. Minut.	Sec.	Total des inspirat.	Pendant l'inspiration.	Pouls.	Resp.	Observat. particul.
N° 15. H..., 24 ans.	89	16	8	25	187	1re min.,	84	20	Déj. 2 h. 1/2 avant; légère hyp. du ventric. gauche.
						2e —	94	26	
						3e —	94	20	
						4e —		22	
						5e —	90	25	
						6e —	80	25	
						7e —	96	26	
						8e —	108	27	
N° 16. P...	112	20	6	35	140	1re —	140	26	Déj. 1 heure av.; pouls intermit. ; légère hypertrop du ventricule gauche.
						2e —	136	25	
						3e —	143	24	
						4e —	144	20	
						5e —	140	19	
						6e —	134	18	
						7e —		18	
N° 17. R...	104	22	3	40	62	1re —	122	19	Déj. 2 h. av.
						2e —	128	16	
						3e —	119	15	
						4e —		12	
N° 18. P..., 35 ans.	88	19	9			1re —	80	17	Déj. 2 h. av.; expérience interrompue à la 5e et 8e minute.
						2e —	72	20	
						3e —	74	17	
						4e —	82	16	
						6e —	92	18	
						7e —	86	17	
						9e —	87	16	
N° 19.	98	25	2	8	93	1re —	122	36	Déj. 1 h. 1/2 avant.
						2e —	174	57	

Nous allons maintenant examiner les résultats de ces expériences.

Du pouls.—Sous le rapport de la fréquence, nous voyons que le pouls s'est constamment élevé pendant les trois premières minutes de l'expérience, puis qu'il s'est notablement abaissé, bien que son chiffre restât toujours supérieur à ce qu'il est à l'état normal. A la fin de l'expérience, vers la sixième ou huitième minute, commence une réaction évidente, et le cœur, dont les contractions avaient perdu de leur intensité, recommence à battre plus fort et plus rapide. Le même phénomène se manifestait alors même que l'inhalation était poussée plus loin, comme on le voit dans les expériences numéros 13, 14 et 15. Dans le n° 10, nous n'arrivons pas à la même conclusion; mais il est à remarquer que le sujet n'a pas voulu que son nez fût fermé; et comme on n'a obtenu chez lui aucune modification de la sensibilité et de la circulation, on est en droit de supposer qu'il a respiré par les fosses nasales. Chez le même sujet on a recommencé l'expérience

(n° 12) en fermant le nez, et l'on a obtenu un meilleur résultat, bien que la sensibilité n'ait pas été complétement abolie; il est vrai encore que l'expérience a été interrompue. La plus grande fréquence du pouls que nous ayons observée est celle dans laquelle il s'est élevé à 174 pulsations par minute (n° 19). La moyenne du pouls, dans nos expériences, a été de 106.

Le plus souvent la respiration a été plus accélérée qu'à l'état normal. Nous ferons remarquer ici que le plus habituellement le pouls et la respiration ont été plus fréquents avant l'expérience qu'à l'état normal, ce qui peut tenir, soit à l'émotion de l'individu, soit à ce que l'air de la chambre était déjà chargé d'éther.

La respiration offre un certain intérêt : sa fréquence et sa plénitude ont toujours été dans les mêmes rapports que la fréquence du pouls. Pendant les trois premières minutes, le pouls s'accélérait et la respiration devenait de plus en plus intense et soutenue; un peu plus tard, lorsque commençait l'action sur le système nerveux, le pouls devenait plus lent et filiforme, et la respiration ressemblait à celle des individus menacés d'asphyxie.

Quant à l'action de l'inhalation sur le système nerveux, nous avons constaté que, dans le plus grand nombre des expériences (numéros 1, 2, 3, 4, 5, 6, 9, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 20, 21), le sentiment de la douleur a été constamment aboli, ce dont nous nous sommes assurés chaque fois par des piqûres avec des épingles, aux doigts, à la main, aux oreilles, à la peau du crâne et de la face, par des incisions faites sur le bras avec un bistouri. Dans la moitié des cas environ, on a appliqué sur la peau du bras des morceaux d'amadou allumés de manière à faire de profondes eschares, et d'autres fois de la cire d'Espagne fondue, et l'insensibilité a toujours été complète. Chez un (n° 15), le morceau d'amadou, brûlé sur la face dorsale de la main, n'a réveillé qu'un sentiment de chaleur agréable. Le sujet de l'expérience n° 9 n'a pas éprouvé la moindre sensation d'une cautérisation semblable. Ce dernier sujet est une preuve de l'influence de l'inhalation prolongée; car dans les expériences numéros 7 et 8, on n'avait obtenu chez lui que de faibles résultats, tandis que l'expérience 19 a produit, au bout de six minutes et demie, un résultat complet. Il en est de même du n° 15, chez lequel on n'avait d'abord obtenu (n° 2) aucun résultat, et qui ensuite en a présenté un complet au bout de huit minutes.

La durée et l'intensité de l'action dépendent en grande partie de la durée et de l'exactitude de l'inhalation. L'insensibilité dura une minute trois secondes chez le n° 1, une minute trente secondes chez le n° 4, une minute quatorze secondes chez le nu-

méro 5, tandis qu'elle a duré au delà de dix minutes chez le n° 13, qui, à ce moment de l'expérience, ne sentait nullement les piqûres qu'on lui faisait avec un canif à la main et à l'oreille.

En jetant un coup d'œil sur notre tableau, on verra que la réussite de l'expérience et sa durée sont toujours dans une relation directe.

Les expériences 10, 11 n'ont eu aucun résultat ; ce qui tient à ce que l'expérience a été mal faite, ainsi que nous l'avons dit en parlant du pouls.

Chez quelques-uns la connaissance n'a été troublée que pendant un temps très-court, et elle est vite revenue ; dans d'autres cas, elle a été plus longtemps suspendue. Plusieurs ont eu des songes ; une fois (n° 13) des lumières légères parurent dans l'œil ; le n° 13 a eu quelques symptômes de vertige ; les numéros 9 et 16 ont eu des songes joyeux dont ils ne se sont pas souvenus, et se sont réveillés avec des rires dont ils n'ont pas su rendre compte ; le n° 19 a eu des songes pendant lesquels il dit avoir eu une haleine brûlante et la respiration gênée ; son corps était plus léger, ses bras et ses jambes paraissaient munis d'ailes.

Le sentiment du toucher a été complément intact tant que les individus ont conservé leur connaissance ; les aspérités même légères des corps, leur état poli, leur nature, ont été reconnus avec précision sans le secours des yeux.

Dans nos expériences et dans les opérations qui ont été faites, l'action de l'éther paraît avoir parcouru trois degrés :

Au début, la sensibilité s'éléve, ainsi que le pouls et la respiration, puis la perception de la douleur s'abaisse avec le mouvement circulatoire et les lésions ne sont alors que faiblement perçues. Dans le troisième degré, tout sentiment disparaît et l'individu est aussi insensible qu'un cadavre.

Quoique quelques-uns aient affirmé n'avoir éprouvé aucune douleur, leurs cris et leurs mouvements semblaient cependant en accuser : nous reviendrons plus tard sur ce phénomène.

L'action de l'éther disparaît subitement et le retour à la connaissance se fait subitement aussi. Il reste ensuite un léger sentiment de faiblesse et la tête est un peu lourde ; cet état dure ordinairement un quart d'heure. D'autres fois, mais rarement, l'action a disparu insensiblement. Tous sont d'accord que l'éther leur a procuré d'agréables sensations qui ressemblaient à celle d'une légère ivresse. Ce qui a persisté le plus longtemps, c'est l'odeur de l'éther que l'haleine a conservée quelquefois pendant vingt-quatre heures ; plusieurs même assurent avoir eu le lendemain des rapports qui avaient l'odeur de l'éther.

Indications des opérations faites jusqu'à ce jour (vingt-six janvier) avec le secours de l'éther.

Ces opérations sont déjà nombreuses ; mais le mode de publication qu'elles ont subi nous force à choisir un certain ordre.

Presque toutes les opérations chirurgicales, depuis l'extraction d'une dent jusqu'à l'opération de la taille, ont été pratiquées.

Voilà un résumé des opérations venues à notre connaissance.

1 désarticulation d'un doigt. (Malgaigne.)
1 — de quatre doigts. (Mac'Murdoch.)
1 amputation de l'avant-bras. (Liston.)
1 — de la main. (Guyot et Duval.)
6 amputations de la cuisse. (Liston, Landsdown, Malgaigne, Jobert de Lamballe, Duncan, Laugier.)
2 — de la jambe. (Adams de Londres, Knowles.)
2 tailles. (Morgan et Guthrie.)
1 hernie inguinale étranglée. (Morgan.)
1 — crurale — (Patridge.)
1 hydrocèle. (Ricord.)
2 phymosis. (Thomson et Ferguson.)
2 extirpations de condylomes. (Thomson et Ferguson.)
2 — de tumeurs au col. (Malgaigne.)
1 — de tumeur au rectum. (Roux.)
1 — — à la cuisse. (Velpeau.)
1 — — au pli du coude. (Clément et Pereshay.)
1 extraction simple. (Liston.)
1 cathétérisme dans un cas de rétrécissement. (Liston.)
1 fistule à l'anus. (Guersant.)
1 ouverture d'abcès à l'anus. (Ferguson.)
2 — — phlegmoneux. (Malgaigne.)
1 formation de bouche. (Liston.)
1 application de cautère actuel. (Blandin.)
Plusieurs opérations sur les dents. (Robinson.)
1 extirpation de cataracte. } Brett (Londres).
1 blépharoptose. } Brett (Londres).
1 strabisme. } Brett (Londres).
1 extirpation de l'œil. (Lawrence.)

Le nombre des opérations faites jusqu'à ce jour avec succès dépasse probablement celui qui nous est parvenu. Plusieurs même nous sont connues ; mais nous n'avons pas encore des renseignements suffisants.

Parmi les faits communiqués, nous en trouvons dont les résultats sont, les uns incomplets et les autres nuls. Quelques sujets ont présenté des phénomènes graves et peut-être menaçants : mais il est impossible d'opposer ces faits aux résultats heureux ; car nous avons vu dans nos expériences que les insuccès tiennent le plus souvent à l'imperfection des moyens mis en usage et à la négligence apportée dans l'inhalation. Dans la relation des faits exposés par les auteurs, nous avons vu aussi qu'ils n'ont pas apporté tous les soins nécessaires.

Un des points les plus importants, c'est la bonté de l'appareil. Parmi les appareils vicieux, nous trouvons d'abord celui des inventeurs de la méthode (Jackson et Morton), puis celui de M. Malgaigne ; plusieurs chirurgiens, M. Velpeau entre autres, n'avaient rien obtenu avec des appareils imparfaits, et ont obtenu des résultats complets avec l'instrument dont nous nous sommes servis.

La manière dont on se sert de l'appareil explique aussi la diversité des résultats. Quelques malades s'y prennent d'une manière très-mauvaise, avalent la vapeur, comme paraît l'avoir fait un jeune médecin dont parle le docteur D. dans le *National*. Les nausées et le sentiment de chaleur dans les viscères abdominaux signalés dans ce fait ne se sont jamais produits dans nos expériences et ne se trouvent nulle part mentionnés. Dans les hôpitaux de Paris, nous avons vu plusieurs faits dans lesquels les malades, après une leçon, parvenaient à inspirer convenablement et arrivaient à un bon résultat, bien que leurs premières tentatives eussent été infructueuses. Dans les opérations de Liston, nous voyons que toutes les expériences dirigées par Robinson ont réussi, tandis que toutes les autres ne procuraient qu'un résultat incomplet. Tant que le chirurgien ne ferme pas lui-même le nez du malade et ne tient pas lui-même l'appareil sur sa bouche, il n'est pas en droit d'accuser un insuccès. La durée de l'inhalation, comme nous l'avons dit plus haut, n'est pas d'une moindre importance, et paraît avoir une relation directe avec la durée de l'action de l'éther.

Nous ferons remarquer que les chirurgiens sont arrivés à ce même résultat pratique, qu'on doit faire inspirer les malades pendant tout le temps de l'opération qu'on leur pratique.

Lorsque l'inhalation n'a pas duré assez longtemps, on a observé des douleurs au commencement de l'opération, pendant la section des gros nerfs (de l'ischiatique) et pendant l'application de l'appareil. Les chirurgiens anglais et français ont prévenu l'affaissement ultérieur des forces par l'administration d'un peu de vin. Il y a eu cependant quelques faits exceptionnels dans lesquels on a vu une faiblesse musculaire telle qu'elle empêchait la manifestation de la douleur, bien que la douleur se fît sentir. C'est ce que nous avons vu chez l'enfant dont M. Guersant désarticulait le doigt, chez l'individu auquel M. Velpeau fit l'extraction d'une dent, et dans une autre expérience faite par ce professeur. Dans ces faits doit être rangé le fait signalé par M. Vidal, dans lequel le malade, n'ayant rien éprouvé le premier jour, fut soumis le lendemain à de nouvelles inspirations et qui, au bout de vingt

minutes, ne manifesta aucune douleur, mais sentit cependant tous les temps de l'opération. Nous ne savons point si cet individu faisait usage ou abus des liqueurs alcooliques.

Le *Medical Times*, qui nous a fourni les faits les plus intéressants, affirme n'avoir jamais connu d'accidents dus à l'inspiration de l'éther. Nous signalerons un fait arrivé parmi nous (n° 19), dans lequel s'est manifesté une sorte de délire furieux, qui jusqu'à ce jour ne s'est jamais présenté ailleurs; ce fait est celui dont M. le professeur Roux a entretenu l'Institut.

Nous avons dit que le vin avait été employé comme moyen de prévenir la dépression des forces. Dans un cas de M. Velpeau, l'usage de l'eau froide a suffi pour ranimer le malade; depuis plusieurs heures, il était dans un état d'étourdissement qui faisait craindre l'invasion de quelque maladie cérébrale. Dans le *Medical Times*, nous trouvons un fait dans lequel le coma persista une heure entière. La respiration était pénible et les extrémités froides. Les suites des opérations ont toujours été heureuses.

Il nous reste à parler des divers modes d'action de l'éther pendant les opérations. Nous avons déjà dit que la durée de l'action dépend de l'inspiration, que le premier degré de cette action est un phénomène d'excitation; le pouls et la respiration sont plus fréquents; le malade est gai, et son irritabilité paraît augmentée; bientôt la sensibilité s'éteint, mais le sentiment du toucher ne se perd pas. Ces faits sont trop nombreux pour qu'il soit utile de nous y arrêter plus longtemps.

A un degré plus avancé de l'action de l'éther, le toucher lui-même disparaît, bien que la *conscience du soi* persiste. C'est ce que l'on a vu en Angleterre dans une taille et une amputation.

A un degré plus avancé encore, la *conscience du soi* disparaît; les malades se reveillent comme après un sommeil tranquille (taille de Morgan, amputation de la cuisse de Landsdown), et quelques-uns se félicitent de rêves agréables, et d'autres accusent des rêves terribles (c'est ce que nous voyons dans différents cas d'amputation). Un homme est opéré par M. Guyot, et lorsqu'il revient à lui, il rapporte qu'il a été transporté dans l'enfer, où il a été poursuivi par le diable armé de fourche. L'amputée de M. Laugier était très-mécontente d'avoir été réveillée; car elle était près de Dieu le Père, de la Vierge Marie et des anges.

Quelques malades crient et donnent des signes manifestes de douleur, et quand ils sont réveillés, ils déclarent ne rien se rappeler ou n'avoir éprouvé aucune douleur : c'est ce que nous voyons dans les cas d'excision de condylomes de Fergusson et dans quelques-unes de nos expériences. Nous ne voulons pas exa-

miner si c'est un effet particulier du système nerveux, ou bien si cela n'est pas l'effet de l'oubli.

Enfin, pour terminer, nous signalerons à l'attention des lecteurs l'idée qui a été communiquée par M. Lebert, qui propose d'appliquer l'inhalation à l'administration de tous les médicaments susceptibles de se volatiliser, tels que l'iode, le mercure, etc., etc.

---

10. *Du rôle que joue le sulfure d'antimoine dans certaines préparations pharmaceutiques, et notamment dans la tisane de Feltz.*

(Gazette médicale de Paris, N° 2; 1847.)

Le rôle du sulfure d'antimoine dans certaines préparations médicamenteuses était complétement inconnu avant les expériences de M. Guibourt, et on eût été tenté peut-être d'en supprimer ce corps, si l'efficacité spéciale de ce médicament n'avait pas été constatée par l'expérience avant que l'on songeât à étudier leur composition chimique. Tel est le cas, par exemple, de la tisane de Feltz, ainsi que de toutes celles où l'on fait entrer le sulfure d'antimoine naturel. D'après M. Guibourt, le sulfure d'antimoine naturel n'agit que par le sulfure d'arsenic qu'il contient presque toujours. A l'aide de l'ébullition, ce sulfure décompose l'eau en donnant lieu à de l'hydrogène sulfuré et à de l'acide arsénieux qui reste en dissolution; ce serait donc à cet acide arsénieux et non au sulfure d'antimoine que ces boissons antisyphilitiques devraient leur grande activité. M. Grassi ne pense pas, toutefois, que ce soit là la seule action du sulfure d'antimoine naturel, et, dans une prévision contraire, il s'est livré à quelques expériences qui l'ont conduit à vérifier cette prévision et à reconnaître, ainsi que M. Soubeiran, le premier, en avait déjà émis l'opinion, que le sulfate d'antimoine donne lieu à la dissolution de quelques parties antimoniales. Après avoir préparé de la tisane de Feltz avec du sulfure d'antimoine exempt de sulfure d'arsenic, M. Guibourt a cherché la présence de l'antimoine d'abord dans les premiers litres de décoction, et plus tard dans ceux que l'on obtenait avec le même nouet de sulfure ayant déjà servi à la préparation de plusieurs centaines de litres de tisane, et dans tous les cas il a obtenu, à l'aide de l'appareil de Marsh, des taches offrant tous les caractères des taches antimoniales. Il a fait plus : il a recueilli l'urine des malades pendant plusieurs jours d'usage de la tisane de Feltz, et l'analyse lui a fait voir qu'elle contenait toujours de l'antimoine.

Ce même nouet de sulfure d'antimoine a été traité par de l'eau distillée bouillante, et le décoctum, après avoir passé à travers

un filtre formé de quatre feuilles de papier, a présenté des taches antimoniales à l'appareil de Marsh.

La présence de l'antimoine étant bien constatée, M. Grassi a cherché sous quel état se trouvait ce métal. Il est arrivé par voie d'exclusion à reconnaître qu'il ne pouvait s'y trouver qu'à l'état d'oxyde.

M. Grassi conclut de ces recherches qu'il n'est pas indifférent de faire entrer dans la composition de la tisane de Feltz le sulfure d'antimoine naturel ou toute autre substance, et de le remplacer par une quantité correspondante et fixe d'acide arsénieux, comme serait disposé à le proposer M. Guibourt, dans la pensée que ce n'est qu'en raison de l'acide arsénieux qu'il forme par son ébullition dans l'eau, qu'agit le sulfure d'antimoine, et qu'en agissant ainsi, au lieu d'obtenir un médicament toujours identique, on obtiendrait un médicament différent de celui que donne le procédé de Feltz et qui ne remplirait probablement pas le même objet.

Ce que dit M. Grassi de la tisane de Feltz s'applique également, dans son opinion, aux tisanes de Vinache, d'Astruc, et à la décoction antivénérienne de Lisbonne, dans lesquelles on fait entrer aussi une certaine quantité de sulfure d'antimoine naturel.

(*Répert. de pharm.*, nov. 1846.)

Emploi de l'azotate de potasse contre le scorbut de terre.

M. Novellis, après de longues et consciencieuses recherches pratiques faites dans le pénitencier militaire d'Alexandrie sur les meilleurs moyens à employer pour combattre le scorbut terrestre, a été conduit à établir les propositions thérapeutiques suivantes :

1° Les tubercules des pommes de terre, tant préconisés par les médecins anglais, ne sont d'aucune utilité dans le traitement du scorbut de terre, soit qu'on les donne à l'état cru, soit qu'on les fasse prendre après les avoir soumis à la cuisson, et ils sont bien loin de pouvoir remplacer, dans cette maladie, la laitue cultivée ou le cresson.

2° On obtient d'excellents résultats de l'emploi de l'azotate de potasse administré à la dose de 1 à 8 grammes par jour. Ce médicament est même préférable dans ce cas aux ferrugineux ; mais, pour en retirer tous les résultats avantageux qu'il est possible d'en attendre, il faut lui associer l'usage d'un régime diététique végétal.

Traitement de la syphilis constitutionnelle chez les enfants à la mamelle.

M. Trousseau applique, dit-il, avec succès, depuis quelques années, le traitement suivant aux diverses formes de la syphilis constitutionnelle chez les enfants à la mamelle.

On administre chaque jour à la mère et à l'enfant un bain de sublimé, dans les proportions suivantes : sublimé, 15 à 30 gr. ; alcool, 100 gr., pour un bain ordinaire. Puis, si l'enfant est allaité par sa mère, on fait prendre à celle-ci chaque jour une pilule de 5 centigrammes de protoïodure de mercure; si, au contraire, l'enfant ne tette pas, on lui fait prendre chaque jour, dans 10 gr. de sirop de sucre, 1 gr. de la solution suivante :

Sublimé.	1 gramme
Eau.	1,000 grammes.

En sorte que chaque gramme de la solution réponde exactement à 1 milligramme de sublimé.

Depuis que M. Trousseau a recours à ce mode de traitement, il n'a jamais vu, affirme-t-il, le moindre accident résulter de l'administration des bains de sublimé ou de la solution. Dans un service où l'on prescrit chaque jour, pour les affections cutanées ou syphilitiques, une grande quantité de ces bains, il ne s'est jamais rencontré un seul fait qui justifiât les craintes qu'on a fait naître sur leur emploi. Les bains de sublimé n'ont d'autre effet immédiat que de provoquer au sommeil. Il est rare que les enfants et même les adultes, après avoir pris un bain de cette nature, ne soient pas obligés de céder au besoin du sommeil qui les accable. Ce peut être là, dans quelques conditions spéciales, un inconvénient des bains de sublimé ; mais c'est aussi quelquefois un avantage et jamais un danger. (*Journal de médecine.*)

Pommade avec l'extrait des feuilles de sureau, l'alun calciné et l'onguent populéum, employée comme antihémorrhoïdale.

Pour les cas où il est utile de remédier à un écoulement hémorrhoïdal trop abondant, M. Vallez propose le moyen suivant dont il dit s'être souvent bien trouvé.

Oindre quatre fois par jour, à trois heures d'intervalle, l'anus avec gros comme une noisette de la préparation suivante :

Extrait de feuilles de sureau. . .	4 grammes.
Alun calciné	2
Onguent populéum.	15
Mêlez.	

S'il y a de la constipation, il est prudent d'ordonner préalablement un léger purgatif. Sous l'influence de ces onctions, les

vaisseaux se resserrent, les petites ouvertures qui donnent passage au sang se cicatrisent, si bien qu'elles résistent ensuite aux efforts de la défécation.

Lorsque, au lieu d'hémorrhoïdes fluentes; il s'agit de tumeurs hémorrhoïdales, on se trouve très-bien d'un topique composé de feuilles de sureau et de persil à demi cuit en applications immédiates.

Manière d'employer la belladone par la méthode endermique.

M. le professeur Lippich (de Padoue) se sert de la formule suivante, dans le cas où il veut recourir à la méthode endermique pour l'application de l'extrait de belladone :

Mucilage de gomme arabique. . . 15 grammes.
Extrait de belladone. . . . . 40 centigr.
M. et F. dissoudre s. a.

On étend ce mélange, en quantité suffisante, sur la surface du derme préalablement dénudé par l'application d'une préparation vésicante.

M. Lippich a vu cette manière d'opérer suivie d'un succès rapide et complet dans différents cas de lumbago rhumatismal, de céphalalgie rhumatismale, de rhumatisme thoracique, de névralgie du plexus cœliaque, etc. Dans le dernier des cas qui viennent d'être mentionnés, les applications épidermiques durent être continuées pendant dix-sept jours.

---

11. *Sur l'emploi du phosphate d'ammoniaque dans le traitement de la goutte et du rhumatisme;* par T. H. Buckler, D.-M. à Baltimore (1).

(Revue médico-chirurgicale, février 1847.)

Nous n'avons pas l'intention d'écrire un traité de la goutte et du rhumatisme, mais seulement de proposer dans leur traitement l'usage d'un médicament que l'on ne trouve point dans notre pharmacopée, qui ne paraît pas avoir jamais été employé en médecine, et qui, toutefois, à en juger par les faits connus, paraît jouir de la plus grande efficacité.

Le hasard seul me fit porter sur ce sujet une attention particulière. Un gentleman, doué d'une haute intelligence et d'une grande perspicacité, me consulta à l'occasion d'une attaque de goutte. Quelques jours après que j'eus cessé de le voir, il m'adressa une note dans laquelle il se plaignait que les articulations de son doigt, qui étaient depuis longtemps tuméfiées, étaient plus gonflées que d'habitude, et que, depuis sa dernière attaque, il en souffrait beaucoup, et de manière à l'inquiéter. Il ajoutait

(1) *The Amer. Journ. of med. sciences*; janv. 1846.

qu'en lisant la vie de lord Eldon, il avait vu que lord Eldon, ayant été prîs d'une attaque de goutte, avait été envoyé aux eaux de Bath, dont l'effet avait été d'arrêter immédiatement l'attaque ; et il me priait de lui envoyer une analyse des eaux de Bath, demandant en même temps si la médecine ne possédait pas quelque agent capable de neutraliser la matière de la goutte.

Je lui répondis que la goutte et le rhumatisme étaient l'opprobre de la médecine ; que lord Eldon aurait pu tout aussi naturellement être débarrassé de sa goutte en allant autre part qu'à Bath, et que, parce que lord Eldon avait été guéri par l'usage des eaux de Bath, il ne s'en suivait nullement qu'elles auraient pour lui la même vertu ; que nous ne connaissions aucun agent capable de séparer de nos fluides la matière de la goutte ; que, sans aucun doute, les investigations de la chimie moderne jetteraient une telle lumière sur cette maladie, qu'on finirait par découvrir une méthode de traitement rationnelle et philosophique ; mais que cette découverte servirait probablement plutôt à ses enfants qu'à lui-même. Craignant, toutefois, qu'il pût penser que la difficulté ne fût pas dans la médecine, mais dans son médecin, je lui envoyai une analyse des eaux de Bath, avec la note de tous les modes de traitements pour la goutte qui étaient à ma connaissance, pour qu'il vît par lui-même tout ce que les observations et les résultats pratiques offraient de contradictoire.

La vérité est que nous n'en savons pas beaucoup plus sur la goutte et le rhumatisme qu'au temps d'Hipprocrate, les investigations pathologiques n'ayant que peu ou point servi jusqu'à présent à éclairer leur vrai caractère.

Ces deux maladies sont fréquemment associées à ce qu'on appelle la diathèse acide urique ou lithique ; c'est-à-dire que, quand un homme a une habitude goutteuse ou rhumatismale, on trouve généralement que l'acide urique est en excès dans les sécrétions de la peau et des reins. Quand un individu souffre d'une attaque aiguë de goutte ou de rhumatisme, sa guérison est généralement annoncée par un dépôt d'acide urique dans ses urines. Cet indice d'une terminaison favorable peut se montrer, tantôt dès le second jour de l'attaque, tantôt dans la sixième semaine ; mais, à quelque époque qu'il apparaisse, on peut toujours affirmer sûrement que le malade est en convalescence.

De quelle manière cet acide est éliminé, par quel moyen s'opère sa séparation, c'est ce que nous ne saurions dire ; seulement, il demeure établi en fait que, en vertu de quelque modification chimique ou vitale, l'acide urique se sépare en grande quantité, et le malade est guéri. On peut, dans le cours d'une

attaque de ce genre, trouver l'urine claire comme de l'eau, et, dix ou vingt heures après, la voir tellement chargée qu'elle ressemble à la lie d'un tonneau de vin ou de bière. D'où vient cette énorme quantité d'acide urique si rapidement éliminée ?

Il est probable qu'il vient du sang ; mais il ne pouvait exister dans ce liquide à l'état libre, car alors il s'en serait séparé tous les jours. Il fallait donc qu'il y fût en quelque état de combinaison avec la soude ou la chaux, ou ces deux bases ensemble ; et cela paraîtra fort vraisemblable, si nous réfléchissons que les concrétions et les engorgements que l'on rencontre dans les tissus fibreux, cartilagineux, et généralement dans les tissus blancs, sont dus à des dépôts de soude et de chaux combinées avec l'acide urique en proportions variables.

En réfléchissant à ces deux faits capitaux, savoir : l'excès d'acide urique trouvé dans l'urine à la période de convalescence d'une attaque de goutte ou de rhumatisme, et les dépôts consécutifs de soude et de chaux dans les tissus blancs, je me demandai si, durant l'existence de ces deux maladies, l'acide urique pouvait exister dans le sang, dans un tel état de combinaison avec la soude et la chaux, qu'il formât un composé insoluble que les reins et la peau ne pussent éliminer. Dans cette hypothèse, si l'on pouvait trouver un agent capable de décomposer les urates de soude et de chaux existant dans le sang, et de former à leur place deux sels solubles qui s'évacueraient par les reins et par la peau, on arriverait ainsi à corriger l'excès de fibrine dans le sang, la fièvre symptomatique, et l'inflammation goutteuse et rhumatismale, qui reconnaissent pour cause la présence de ces sels insolubles. Il me vint en idée que le phosphate d'ammoniaque pourrait être cet agent, pourvu qu'on pût l'administrer à doses suffisantes pour atteindre le but désiré sans produire aucun fâcheux symptôme. En effet, il devait former à la place d'un urate de soude insoluble deux sels parfaitement solubles, le phosphate de soude et l'urate d'ammoniaque, tous deux susceptibles d'être promptement éliminés par la peau et les reins ; l'excès de l'acide urique serait ainsi rejeté au dehors sous la forme d'urate d'ammoniaque, et la soude, répartie dans le torrent circulatoire, au lieu d'aller former des dépôts, comme par alluvion, dans l'intimité des tissus fibreux et cartilagineux, serait reprise par l'acide phosphorique et éliminée de la circulation. En m'appuyant sur cette théorie, je me déterminai à essayer le sel en question, et une occasion favorable ne tarda pas à se présenter.

Obs. I. — Un gentleman, âgé de 60 ans, large viveur et sujet à la goutte, après avoir souffert un jour ou deux dans la der-

nière articulation du gros orteil, fut pris soudainement dans la nuit d'une violente douleur spasmodique dans l'estomac, pour laquelle il m'envoya chercher. La douleur paraissait être excessivement insense ; autrement, l'état du sujet ne présentait rien de remarquable. Le pouls était petit, mou, un peu accéléré ; la peau était moite et fraîche. Sous l'influence de l'eau-de-vie, du laudanum et de l'éther sulfurique aromatique, administrés à fortes doses et plusieurs fois répétées, la douleur se calma, et il tomba dans un sommeil profond, mais agité. Le lendemain matin, il souffrait encore, mais la douleur avait changé de place et était descendue à un pouce environ au-dessous et à droite de l'ombilic ; elle revenait aiguë par moments, pareille aux coliques de la dyssenterie, cependant sans aucune envie d'aller à la selle. (Prescription : *Pédiluve chaud aiguisé de sel et de moutarde ; et à l'intérieur : magnésie calcinée*, ʒjs ; *mass hydrarg.* (sic), gr. xij ; *jusquiame*, gr. x, *à prendre en une fois.*)

Le lendemain, il y avait un peu de douleur et de rougeur à la racine du gros orteil ; le malade avait eu deux selles ; l'abdomen offrait un météorisme excessif, qui donnait lieu à une sensibilité à la pression sur les petits intestins, et la même douleur spasmodique se faisait encore sentir à intervalles irréguliers. Il était aussi fatigué par des éructations de gaz ; la racine du gros orteil était légèrement douloureuse. (Prescription : *Musc*, ℈j : *éther sulfurique aromatique*, ℥ß ; *eau de menthe*, ʒjß ; *une cuillerée à café toutes les quatre ou six heures. J'ordonnai en même temps la potion anti-goutteuse de H. Halford* ; *une cuillerée ordinaire trois fois par jour.*)

Il continua l'usage de ces remèdes pendant quinze jours sans amélioration ; durant ce temps, il fut constamment tourmenté par des envies d'aller à la selle, sans résultat, hors quand il prenait des lavements, qui lui faisaient rendre un mucus tenace, mêlé de temps à autre de quelques matières fécales ; pendant six jours, la goutte quitta le pied ; mais, au bout de ce temps, elle revint au gros orteil du pied opposé. Le musc fut suspendu une fois pendant vingt-quatre heures ; alors le météorisme revint avec hoquet, nausées, et crampes dans les muscles des bras et des jambes. Le météorisme et la douleur d'estomac étaient toujours heureusement combattus par le musc, qu'il finit par prendre à la dose de trois grains. L'effet physiologique le plus marqué qui en résulta était une irritabilité des fibres musculaires, qui se traduisait par des soubresauts ressemblant à ceux qui arrivent à une période avancée de la fièvre. Le malade était faible et languissant, notablement amaigri ; le regard excessivement abattu et

hagard ; il me dit d'une voix fort affaiblie qu'il avait déjà perdu quatre frères qui avaient à peu près son âge, et qu'il ne tenait pas à la vie. Il avait toujours la même douleur au-dessous et à droite de l'ombilic ; elle était constante, et consistait en une sorte de sensation d'érosion avec des douleurs aiguës par intervalles. (Prescription : *Phosphate d'ammoniaque*, ℥ß ; *eau distillée*, ℥vj ; *une cuillerée à bouche toutes les quatre heures* ; *continuer le musc.)*

Après trente-six heures de l'emploi de ce remède, la douleur du pied avait disparu, et celle de l'abdomen était un peu mitigée. Il ne prit pas de musc pendant les douze dernières heures, et n'eut aucun retour de symptômes fâcheux. Je permis un peu d'aliments solides avec un verre de whisky et d'eau, comme il en avait manifesté le désir. Le phosphate d'ammoniaque fut administré trois fois par jour, huit jours après ; et, un mois environ à compter de la date de son attaque, il se levait et paraissait être en convalescence, à part la sensation d'érosion dans l'abdomen dont il se plaignait toujours ; et finalement, il se trouvait assez bien pour aller chaque jour se promener à cheval.

Je cessai alors de le voir, excepté par hasard ; et alors il me disait toujours : Je me porterais bien si je n'avais pas cette érosion dans le ventre. A la fin, huit semaines à dater du premier jour de l'attaque, en allant à la selle, il rendit une fausse membrane parfaitement organisée d'environ 7 pouces de longueur, ayant l'aspect d'un bout d'intestin dépouillé de sa tunique péritonéale, excepté cependant qu'elle offrait une texture distinctement fibreuse. Elle était si parfaitement cylindrique que j'y introduisis le doigt.

Depuis lors, la santé de mon malade a été excellente ; et l'été suivant, il fit un voyage duquel il revint aussi gai et aussi léger qu'un jeune homme.

Il est bon d'ajouter que, il y a dix jours, il fut repris d'une goutte aiguë au genou gauche, qui était douloureux, gonflé et rouge. Il prit du phosphate d'ammoniaque, 6 gros, mêlé avec de l'eau (sans eau-de-vie), une cuillerée à bouche après chaque repas, et, quatre jours après, il était guéri.

Obs. II. — C R..., âgé de 62 ans, avait été toute sa vie un bon vivant, et accoutumé à se satisfaire largement. Depuis l'âge de 30 ans, il était sujet à la goutte, et avait souffert plus d'une fois de fortes attaques, qui, généralement, duraient d'une à six semaines, et une fois il avait été retenu au lit pendant six mois.

Le 11 novembre, il fut pris dans la soirée d'une douleur aiguë au côté, et, soupçonnant une pleurésie, il fit appeler un médecin.

Il éprouvait une vive douleur au côté droit, entre la cinquième et la sixième côtes, sans toux ; et d'autres doulenrs dans l'épaule droite, le coude et le dos de la main, avec exacerbation lorsqu'il essayait de fléchir le bras. Il se tenait couché sur le côté, et, au moindre effort pour se mouvoir, la douleur du côté augmentait fortement. Quelques-unes des articulations des doigts étaient comme luxées par des dépôts de matière calcaire; elles étaient toutes plus ou moins engorgées et épaissies ; on sentait aussi des tophus du même genre le long du trajet des tendons. En se mettant au lit, il avait senti un léger frisson ; la langue était blanche, les selles régulières, l'urine limpide ; il y avait un peu de fièvre et de chaleur à la peau. (*Phosphate d'ammoniaque*, ℥j ; *eau*, ℥vj. — *M. ; une cuillerée toutes les six heures.*)

Le 12, le malade est couché sur le dos, sans pouvoir se bouger ; le poignet et le dos de la main rouges, tuméfiés, excessivement sensibles au toucher; la douleur du côté à peu près partie, tandis que celle du bras est grandement augmentée ; fièvre considérable et chaleur à la peau.

Le 13, le poignet et la main sont plus enflés qu'hier, mais moins rouges et moins sensibles au toucher ; le malade peut fléchir doucement les doigts et le coude ; il a eu un peu de sommeil ; une petite selle hier et une dans la nuit.

Le 17, il peut fléchir le bras librement, et n'éprouve ni gêne ni douleur nulle part ; il s'est levé hier ; il avait fini sa potion la veille. Il n'y a, pas plus que les jours précédents, aucune apparence d'acide urique dans l'urine.

Le 18, le bien continuant, je le vois pour la dernière fois.

Dans ce cas, le phosphate d'ammoniaque fut le seul remède mis en usage.

Obs. III. — Mistriss F..., âgée de 31 ans, dans l'hiver de 1843, eut une attaque de rhumatisme articulaire aigu qui la tint confinée dans son lit pendant cinq semaines. L'automne suivant, je la vis pour la première fois, le 6 octobre, dans un violent accès d'asthme ; la face et les mains étaient pourpres, la respiration extrêmement laborieuse, le pouls à peine perceptible, la toux brève et suffocante. Je lui tirai environ ℥xx de sang, et prescrivis : *Gomme ammoniaque*, ʒij ; *liqueur anodyne d'Hoffmann*, ℥ß ; *assa fœtida*, gr. xv ; *eau*, ℥vj ; *une cuillerée toutes les trois heures.*

Cette potion calma entièrement la dyspnée. Le lendemain, face œdématiée (elle avait eu pendant six mois une toux sèche et saccadée) ; le cœur est légèrement hypertrophié, et offre un bruit de souffle marqué avec son premier bruit ; un râle humide et sous-crépitant s'entend à la base du poumon droit ; l'urine

dépose, par le refroidissement, un sédiment rouge cramoisi. (Prescription : *Iodure de potassium*, gr. v, *après chaque repas.*)

Elle en prit pendant longtemps sans aucune amélioration marquée. L'iodure de fer fut alors administré pendant plusieurs mois, avec quelque amélioration de la santé générale, mais sans aucune modification de l'affection locale. La malade éprouva plusieurs fois de forts accès d'asthme, revenant généralement dans les temps humides ; mais la potion de gomme ammoniaque calmait toujours très-promptement la dyspnée.

Finalement, elle fut mise au phosphate d'ammoniaque à la dose de 10 grains, trois fois par jour, pendant plusieurs semaines, avec une amélioration marquée. L'acide urique, qui avait été constamment présent dans l'urine, disparut par l'usage de ce moyen ; le bruit de souffle du cœur diminua considérablement, et la santé générale s'améliora beaucoup.

Je puis ajouter que, peu de temps après l'usage de ce remède, elle cessa de souffrir de la dyspnée; l'absence de ce symptôme, et la faiblesse comparative du bruit de souffle, étaient dus, sans doute, à la diminution de l'épaississement de la valvule mitrale.

Obs. IV.—Margaret, domestique de couleur, âgée de 29 ans, entra dans mon service pour un gonflement au genou et au cou-de-pied. C'était un rhumatisme, de forme subaiguë, qui s'était montré huit jours auparavant, par suite de l'exposition à l'humidité. L'articulation du genou était gonflée au côté interne et autour du ligament rotulien, et le cou-de-pied entièrement tuméfié et douloureux au-dessous et en dedans de la malléole externe. Les règles et les selles étaient régulières ; il y avait un précipité blanc rougeâtre dans l'urine ; légère accélération dans le pouls. (*Phosphate d'ammoniaque*, ℥ß ; *eau*, ℥vj ; *une cuillerée trois fois par jour.*)

Je lui fis garder le lit; car, bien que fort souffrante, elle n'avait pas pris de repos jusque-là. Au bout de quatre jours, elle se crut guérie, et reprit ses occupations ordinaires; dix à douze jours après, elle s'exposa de nouveau à l'humidité, ce qui ramena l'attaque, et la força de se remettre au lit. Le genou et le cou-de-pied étaient moins enflés que la première fois, mais plus douloureux quand on les fléchissait. Je conseillai le repos du lit et la diète, sans autre remède. Au bout de trois jours, il n'y avait pas d'amélioration : la langue était glacée; il y avait un peu de fièvre, et un dépôt blanc rougeâtre dans l'urine. Je la remis à l'usage d'une nouvelle solution de phosphate d'ammoniaque, qui fit diminuer le gonflement des articulations, et rendit à l'urine

toute sa limpidité ; et, en peu de jours, elle fut entièrement guérie.

Obs. V. — Un médecin, après avoir passé les nuits sans sommeil et à l'air froid, se plaignait depuis plusieurs jours d'une grande sensibilité de l'œil gauche à la lumière, avec une douleur au-dessus du sourcil et à la tempe du même côté. Un soir, enfin, ces symptômes augmentèrent d'une manière si intense, qu'il se détermina à rester chez lui. La sensibilité de l'œil était telle, qu'il ne pouvait supporter l'examen à la lumière ; il y avait une abondante sécrétion de larmes brûlantes, et un gonflement considérable des deux paupières. Il avait pris de son chef une poudre composée de : *calomel*, gr. x ; *rhubarbe*, gr. v.

Le lendemain, il était dans l'état suivant : il avait mal dormi ; il avait eu deux selles ; le tissu cellulaire autour de l'œil était plus gonflé que la veille ; grande intolérance pour la lumière ; une zone d'un rouge foncé, d'une ligne de largeur, entourait à peu près la cornée ; blépharite légère, et injection modérée de la conjonctive, particulièrement vers l'angle interne de l'œil ; on voyait deux vaisseaux rouges se prolonger au delà du bord de la cornée. (*Phosphate d'ammoniaque*, gr. x ; *répété toutes les trois heures, et baigner l'œil avec de l'eau chaude.*)

Le lendemain, il n'y avait aucune trace appréciable d'aucune lésion de l'œil ; et notre confrère sortit pour visiter ses malades comme à l'ordinaire,

Etait-ce un cas de sclérotite ? C'est ce qui me semblait le plus probable, et je supposais que l'affection durerait une semaine, au moins, ayant généralement trouvé l'inflammation rhumatismale de l'œil une des maladies les plus opiniâtres et les plus rebelles que l'on ait à traiter (1).

J'ai aussi employé le phosphate d'ammoniaque dans plusieurs cas de rhumatismes chroniques de vieille date, qui sont l'opprobre de la médecine ; sans une seule exception, les malades ont déclaré eux-mêmes qu'ils s'en trouvaient mieux, et ont demandé à en continuer l'usage. Les conditions dans lesquelles ces nouvelles tentatives ont été faites n'ont pas été notées assez exactement, pour que les observations soient de nature à entraîner la conviction du lecteur ; mais l'impression qui m'en est restée est que le phosphate d'ammoniaque est, dans ces cas, le meilleur remède que j'aie jamais employé ; car nombre de malades avaient

(1) L'auteur rapporte ici cinq autres observations recueillies à l'hôpital de Baltimore, dans le service de M. Power, par le docteur Ch. Frick, et trois autres communiquées par M. Power lui-même ; ce sont des cas de rhumatismes aigus promptement guéris par l'emploi du phosphate d'ammoniaque ; nous n'avons pas pensé qu'il fût utile de les reproduire.

subi, pendant des années, divers modes de traitement sans en retirer aucun bénéfice, et tous se sont trouvés plus ou moins soulagés par l'usage de ce médicament, quand l'iodure de potassium et d'autres moyens avaient échoué.

Les observations, recueillies avec soin par M. Frick et M. Power, sont aussi de nature à faire impression, et à engager d'autres praticiens à vérifier ces résultats.

En parcourant les cas que j'ai publiés, on remarquera que l'épaississement, même ancien, des tissus blancs, s'est dissipé par l'usage prolongé du phosphate d'ammoniaque. Or, c'est dans les cas de ce genre que la diathèse d'acide urique prévaut généralement, et cet agent semble agir ici en dépouillant le sang, pour un long temps, d'acide urique et de soude; en le rendant ainsi avide de ces éléments, et en déterminant par là une réabsorption et une dissolution de l'urate de soude qui est déposé en excès dans les tissus blancs. Comme résultat du rhumatisme, nous voyons quelquefois des arthrites chroniques dans lesquelles les articulations sont déformées ou luxées par suite de la transformation des tissus; et, chez les sujets goutteux, nous trouvons des dépôts de matières calcaires qui enrayent les articulations, et font obstacle au libre jeu des tendons.

Dans les cas de ce genre, nous ne pouvons espérer de guérison, pas plus du phosphate d'ammoniaque que de tout autre remède; mais nous pouvons calmer les attaques aiguës qui surviennent dans ces cas chroniques, sauver ainsi des souffrances au malade, et prévenir l'accroissement ultérieur des dépôts calcaires. Je n'ai rapporté que des cas de rhumatisme aigu dans lesquels le phosphate d'ammoniaque a été employé à peu près seul, pensant qu'ils seraient plus propres à déterminer la conviction du lecteur; mais je ne voudrais pas qu'on s'imaginât que je préconise l'usage exclusif de ce remède, ce qui serait le fait d'un empirique. Les remèdes capitaux doivent être employés ici comme dans la pneumonie, où l'emploi de l'antimoine ne dispense pas de la saignée, bien que l'efficacité des antimoniaux y soit universellement reconnue.

Dans le rhumatisme aigu, la maladie siége dans le sang; mais, alors, il existe des symptômes douloureux en rapport avec l'altération de ce fluide, comme la douleur locale, la chaleur, le gonflement dans quelque partie du corps, et l'accroissement de force dans la circulation. Les calmants adouciront les uns, et la lancette modérera l'autre, jusqu'à ce que l'indication principale soit remplie, en ramenant le sang à sa condition normale. Chez un jeune garçon de treize ans, qui souffrait d'un rhumatisme aigu

dans l'épaule et la nuque, et chez lequel il semblait y avoir quelque complication du côté des nerfs pneumo-gastriques et glosso-pharyngiens, à raison de la difficulté de la déglutition, d'une aversion marquée pour les boissons, et de l'irritabilité de l'estomac ; des ventouses furent appliquées à la nuque, et l'on prescrivit ensuite : *Teinture de digitale*, ʒj ; *cyanure de potassium*, gr. iij ; *jusquiame*, ℈ij ; *phosphate d'ammoniaque*, ʒij ; *eau*, ℥iv ; *deux cuillerées toutes les trois heures*. Le résultat fut le plus heureux et le plus complet possible.

Dans les cas rapportés, on a pu observer aussi que, toutes les fois que l'acide urique se manifestait dans l'urine, il disparaissait immédiatement après l'administration du phosphate d'ammoniaque ; et dans tous ces cas de goutte et de rhumatisme, dans lesquels, à la période de convalescence et dans les conditions ordinaires, nous aurions pu nous attendre naturellement à voir un sédiment briqueté dans l'urine, l'urine, au contraire, était remarquablement claire et libre de tout précipité. Ce double phénomène n'a pu avoir lieu sans que l'acide urique ait été rejeté sous forme d'urate d'ammoniaque soluble, l'autre élément du sel administré étant uni avec la soude du sang, et ayant formé du phosphate de soude, qui a été aussi éliminé dans un état de solution.

De la rapide disparition de l'acide urique dans l'urine, dans tous les cas où le phosphate d'ammoniaque a été administré, nous avons été amené irrésistiblement à cette conclusion : que ce sel devrait être le meilleur agent pour dissoudre les calculs d'acide urique. Je n'ai pas eu, jusqu'à présent, l'occasion de vérifier son efficacité à cet égard ; mais nous savons que le dépôt ordinaire d'acide urique n'est autre chose qu'un amas de très-petits cristaux, dont chacun constitue un très-petit calcul, et que le calcul ordinaire d'acide urique est formé de l'assemblage de ces particules. Quand donc ces particules sont réunies en une seule masse, dans le bassinet du rein, dans l'uretère ou dans la vessie, il ne faut que saturer les fluides du corps de phosphate d'ammoniaque, durant un temps suffisant, pour que le calcul, quel que soit son volume, finisse par être décomposé. Quand l'acide urique est combiné avec l'ammoniaque, comme on le rencontre dans certains calculs, le phosphate de soude remplirait mieux l'indication proposée ; et si le calcul était composé de trois éléments à la fois, le phosphate double d'ammoniaque et de soude conviendrait mieux, sans aucun doute, que l'un ou l'autre phosphate simple en particulier.

V. ACCOUCHEMts, MALADIES DES FEMMES ET DES ENFANTS.

ACCOUCHEMENTS. — 12. *Considérations sur l'incision du col de la matrice dans l'accouchement*, par M. NICHET, professeur d'accouchements à l'École de Médecine Lyon.

(Journal de Médecine de Lyon, janvier 1847.)

Je désire faire connaître une observation dans laquelle la tête d'un fœtus, renfermée dans la matrice, n'en put être extraite qu'à l'aide de la division de l'orifice de cet organe. Mais, avant d'exposer les détails de ce fait, qu'il me soit permis d'entrer dans quelques considérations historiques sur l'incision du col utérin, et d'apprécier l'utilité de cette opération dans les cas où elle est applicable.

La première idée de la section du col de l'utérus a été suggérée par les duretés ou les squirrhosités de cette partie, faisant obstacle à sa dilatation dans l'accouchement, et pouvant entraîner en définitive la rupture de la matrice. Après avoir cité comme obstacle à l'accouchement les cicatrices qui résultent des dilacérations opérées dans un accouchement précédent, A. Paré ajoute : « En tel cas, si on ne donne ordre de couper ladite cicatrice ou callosité, la mère et l'enfant périront. » (Liv. 18, ch. XXXVI) — Mesnard (*Guide des accouchements*, p. 303) décrit avec détail *la manière de dilater l'orifice de la matrice avec l'instrument tranchant.* Il se sert d'un bistouri courbe, lenticulaire et à long manche. — Van Swieten (*Comment. in Aph.*, § 1315) raconte qu'une femme de 40 ans, enceinte pour la deuxième fois, et aux douleurs de l'enfantement, ne pouvait accoucher à cause d'une cicatrice dont le col utérin était le siége ; une incision de demi-pouce de largeur fut faite avec le bistouri, elle fut insuffisante ; la dilatation ne commença qu'après qu'on eût fait plusieurs incisions, et il fallut encore extraire l'enfant par les pieds. Cette opération ne causa ni douleur, ni hémorrhagie. — Barbaut (*Cours d'accouchement*, II, p. 77) conseille l'incision du col pour les cas de callosités de cette partie qui s'opposent à sa dilatation et à l'accouchement.

Lauverjat proposa le premier l'incision du col de la matrice, pour faciliter l'accouchement artificiel dans le cas de convulsions. Dubosc, de Toulouse, la pratiqua le premier, et communiqua son observation à l'Académie de chirurgie, le 4 octobre 1781. — Coutouly (*Mémoires et Observations sur divers sujets d'accouch.*) en a fait ressortir toute l'utilité. Il regrette d'être resté souvent, avec ses confrères, spectateur de scènes déchirantes à une époque où son expérience ne l'avait pas instruit sur la valeur d'une opération, qui est un moyen infaillible de sauver au moins l'enfant. — J.-F. Bodin conseille cette opération dans le cas où l'issue

du bras s'oppose à l'introduction de la main. — Baudelocque et Mme Lachapelle lui ont été peu favorables, et l'Académie de chirurgie n'a pas rendu son jugement; mais la plupart des auteurs modernes reconnaissent son utilité. Peut-être, dit Miquet (*Traité des convulsions*, p. 111), les praticiens ont-ils été jusqu'ici trop timides dans l'emploi de ce moyen, qui aurait pu garantir bien des femmes d'une mort certaine, et conserver un bon nombre d'enfants que la mort de leur mère entraîne avec elle. » — Après avoir décrit l'accouchement compliqué de convulsions et d'irritabilité extrême du col de la matrice, Delpech (*Malad. réput. chir.*, II, p. 335), ajoute : « Rien n'est plus urgent que de terminer au plus tôt un accouchement semblable, et le seul moyen qui nous paraisse offrir quelques chances favorables est la section d'un ou de plusieurs points du contour de l'orifice de l'utérus. » — Denman a dit qu'il y a des cas de convulsions où l'on est obligé d'inciser le col de l'utérus pour frayer une voie à l'instrument (*Aphor.*, 28). — Enfin, tous les auteurs des traités modernes d'accouchement (MM. Velpeau, Cazeaux, Chailly, Jacquemier) déterminent avec plus ou moins de précision les cas de convulsions où cette opération doit être appliquée.

Malgré tant d'autorités, ce moyen thérapeutique ne me semble pas apprécié convenablement des praticiens ; l'idée de son utilité ne me paraît pas avoir suffisamment pénétré dans les esprits. D'où celà vient-il? est-ce de la gravité de l'opération ? On ne saurait le supposer. Il y en a peu qui soient plus simples dans leur exécution, et qui entraînent moins de dangers, en raison des parties intéressées. Quel accoucheur n'a pas vu le col de la matrice déchiré, dans des premiers accouchements, au moment du passage de la tête, et cela sans la moindre suite fâcheuse? On a divisé cette partie pour faciliter l'extraction d'un polype. Dans plusieurs cas où, au moment de l'accouchement, les lèvres du museau de tanche se sont trouvées agglutinées, on a divisé largement la matrice pour livrer passage à l'enfant. Les cautérisations du museau de tanche et les amputations du col de la matrice, si souvent pratiquées dans ces dernières années, montrent assez l'innocuité des lésions de cette partie.

Est-on retenu par l'autorité de Baudelocque, qui écrit que cette proposition ne saurait passer que pour le fruit d'un instant d'oubli (*Art des accouch.*, I, 485)? Mais l'observation de Dubosc, qu'il cite lui-même, est l'argument le plus fort contre son opinion : « Agée de 40 ans, et grosse de son premier enfant, cette femme souffrait depuis trois jours et éprouvait des convulsions dès le second; sa figure était méconnaissable et d'une pâleur affreuse,

son pouls faible et presque éteint, ainsi que sa voix; ses yeux, caves et mornes, paraissaient mourants; une sueur visqueuse recouvrait toute l'habitude du corps, et les extrémités étaient froides; elle était sans connaissance, et ne pouvait avaler une seule goutte de liquide; le bord de l'orifice de la matrice, ouvert de la largeur d'un écu de six livres, était dur, tendu et comme calleux. L'accouchement se fit spontanément trois ou quatre minutes après la section de cette partie : l'enfant était mort, mais le calme se rétablit aussitôt chez la mère, et elle eut des suites de couches heureuses. »

Y aurait-il plus de danger à inciser un orifice intact et seulement contracté, qu'un orifice calleux? Aurait-on à craindre une hémorrhagie dans le premier cas, ou bien la propagation de la division au reste de la matrice? (Mme Lachapelle). Rien de semblable ne s'est montré dans les observations connues, et notament dans la troisième de Coutouly qui est la plus remarquable, et que je vais rappporter en l'abrégeant : « Le sujet était une primipare en proie à des convulsions et sans connaissance depuis le commencement du travail; elle était affectée d'anasarque; sa tête était prodigieusement gonflée; les yeux sortaient de l'orbite; la langue était pendante, tuméfiée, livide, à demi-coupée par les dents qui la serraient de toutes parts. Les bains et la saignée n'ayant point réussi, il était urgent de pratiquer l'accouchement, vu qu'on avait déjà perdu douze heures; mais l'orifice était peu dilaté et rigide, il s'opposait à l'introduction de la main. Plusieurs incisions furent pratiquées sur les bords de l'orifice avec un bistouri caché : la main pénétra alors dans la matrice, et fit l'extraction de l'enfant par les pieds. L'enfant, qui paraissait mort, fut rappelé à la vie demi-heure après. La malade resta douze heures sans connaissance; il s'écoula plusieurs jours sans qu'elle se rappelât ce qui s'était passé avant son accouchement; mais enfin elle se rétablit, et son enfant fut conservé. »

Ainsi, il me paraît bien démontré par l'autorité de la raison et par celle des faits que, dans l'accouchement commencé, s'il existe des convulsions violentes, un coma profond, si le col n'est ni dilaté ni dilatable, malgré les saignées, la délivrance doit être opérée à la faveur de l'incision des bords de l'orifice utérin.

Dans les cas où les convulsions se déclarent à la fin de la grossesse, avant que le travail ne soit commencé, la déplétion de l'utérus peut être jugée nécessaire. Si l'orifice ne se laisse pas élargir avec facilité, c'est encore à l'incision qu'il faut avoir recours. Dans les 4e et 5e observations de Coutouly, il n'est pas fait mention des contractions utérines, et les malades étaient seule-

ment aux derniers jours de leur grossesse ; les convulsions étaient violentes, et avec perte de connaissance dans l'intervalle des accès. Dans les deux cas l'orifice était étroit et rigide. Dans la 4e observation, l'incision fut faite avec un perce-crâne : un premier enfant retourné vint au monde vivant, et continua à vivre ; le 2e vint mort, et la femme mourut. L'auteur attribue la mort du second enfant et celle de la mère aux lenteurs que l'on mit à faire l'opération. Dans le 5e fait, l'incision fut faite avec un bistouri boutonné : l'enfant fut retiré mort, mais la mère fut sauvée.

Chez une femme enceinte de huit mois, et atteinte d'une éclampsie grave, M. Hubert de Louvain, ayant trouvé l'orifice résistant au point de ne pas se laisser élargir par les efforts des doigts, y pratiqua des incisions multiples : le forceps fut appliqué ; l'enfant extrait était apoplectique, mais il fut rappelé à la vie ; la mère se rétablit. (Cité par M. Jacquemier, *Manuel des accouch.*, II, 228.)

Lorsqu'une hémorrhagie utérine grave vient compliquer l'accouchement ou la fin de la grossesse, la version est souvent indiquée : le col, ordinairement souple, se laisse dilater avec facilité ; mais il est à croire qu'on a trouvé des cas où la résistance du col aurait nécessité l'action de l'instrument tranchant. Il a été indispensable dans le fait suivant que j'emprunte à Smellie (*Observations sur les accouch.*, III, 326), et dont je n'extrais que ce qui a rapport à mon sujet :

«... Je recommençai alors à dilater l'orifice interne avec mes doigts de la main gauche contractés en forme de cône ; mais, quoique l'orifice de l'utérus fût assez dilaté pour admettre mon pouce et mes quatre doigts, il ne parut pas plus épais qu'un morceau de parchemin double : je ne pus néanmoins le dilater davantage, même en m'y prenant doucement et à plusieurs intervalles. M'apercevant que l'écoulement reprenait, et craignant que la malade ne périt si elle n'était délivrée au plus tôt, j'annonçai à ses amis qu'il n'y avait que ce moyen de la sauver. Je me remis donc à l'ouvrage, et j'employai plus de force que précédemment, mais avec aussi peu de fruit ; je ne fis que me lasser, et fatiguer les doigts de mes deux mains.

« Pendant que je me reposais, je commençai à réfléchir que j'avais vu quelques-unes de mes malades se rétablir dans des cas où l'utérus avait été déchiré pendant la dilatation, et que quelques femmes avaient même recouvré la santé sans aucun symptôme fâcheux. Comme ici l'orifice de l'utérus était si mince et si rigide, je pensai qu'il n'y avait d'autre moyen à employer que de faire une incision à travers. Pour cet effet, j'insinuai deux doigts de

ma main gauche dans l'orifice, et avec la droite j'introduisis une paire de ciseaux entre mes doigts, avec lesquels je tâchai de couper cette partie, d'un coup. Enfin, voyant que je ne pouvais réussir à couper à travers le bord, je poussai l'une des pointes de l'instrument à environ trois ou quatre lignes de ce bord, et l'autre dedans ; ensuite je coupai ce qui se trouvait entre deux...

« Après avoir retiré les ciseaux, j'introduisis ma main gauche, et je trouvai que la partie coupée se dilatait peu à peu de manière à admettre ma main dans l'utérus, quoique avec un peu de peine. Je tournai pour lors l'enfant avec aisance, et le tirai par les pieds. »

La malade se serait, je crois, mieux trouvée, que l'accoucheur eût moins insisté sur la dilatation et eût eu plus tôt l'idée de l'incision, et celle-ci aurait été faite plus régulièrement avec un bistouri boutonné qu'avec les ciseaux. Néanmoins cette observation est précieuse, et peut servir d'enseignement pour les cas semblables où la vie d'une femme peut s'échapper d'un instant à l'autre.

Dans les rétrécissements du bassin, spécialement ceux qui ont leur siége au diamètre sacro-pubien, si la mensuration a fait acquérir la certitude, dès le début du travail, que l'application du forceps sera nécessaire, et si la lenteur avec laquelle la dilatation de l'orifice s'opére retarde l'emploi de cet instrument, il serait encore utile, à mon avis, de l'élargir par une ou plusieurs incisions. A la vérité, la vie n'est pas compromise aussi immédiatement que dans les convulsions et l'hémorrhagie ; mais il est certain que des douleurs prolongées pendant un et quelquefois deux jours, au-delà du moment où l'extraction de l'enfant serait possible, compromettent gravement la vie de celui-ci, et même celle de la mère. La dilatation de l'orifice, dans le cas dont nous parlons, est d'autant plus lente que la tête, fixée entre les extrémités du diamètre rétréci, comprime le segment inférieur de la matrice contre le pubis et la base du sacrum, en paralyse l'action, et empêche les contractions du corps de se transmettre au col. Deux incisions latérales de quelques lignes faciliteraient l'introduction de l'instrument, et préviendraient l'épuisement qui résulte de la prolongation du travail.

Un quatrième et dernier cas d'application de l'incision du col de l'utérus est celui où la tête, séparée du tronc, est retenue dans la matrice, et où la coarctation de l'orifice s'oppose à l'introduction de la main et des instruments : c'est le sujet de l'observation que j'ai annoncée au commencement de cet article, et que je vais rapporter. La tête, retenue dans la matrice après la détroncation, n'est pas un événement rare, surtout dans les cam-

pagnes; son extraction est souvent très-difficile, mais les obstacles viennent d'une autre source que la coarctation del'orifice : sous ce rapport, qui caractérise spécialement le fait qu'on va lire, je n'ai rien trouvé de semblable dans les auteurs que j'ai eus sous ma main.

Obs. — Au mois d'octobre 1843, je fus appelé par M. le docteur Debolo, de St.-Symphorien-d'Ozon, auprès de la femme Raclet, du village de Chaponay. Cette femme, âgée de 32 ans, était accouchée cinq fois à terme et heureusement. Parvenue à la fin du septième mois de sa sixième grossesse, elle fut prise des douleurs de l'enfantement. La présentation se fit par les fesses, et la sage femme appelée s'obstina à tirer sur le tronc avec tant de force que celui-ci fut séparé, et la tête resta dans l'utérus avec le placenta. Cet accident arriva un mercredi, et ce ne fut que le samedi suivant que je vis la malade. Il s'élevait des parties génitales une odeur putrilagineuse telle, qu'on pouvait à peine rester dans la chambre. La figure était terne et terreuse, la langue rouge et sèche comme du bois, la respiration courte et fréquente, le pouls petit et précipité, le peau chaude et sèche, le ventre météorisé ; il y avait un dévoiement abondant ; une matière fétide et putrilagineuse, débris du placenta, s'écoulait par la vulve. L'orifice utérin, ouvert de trois centimètres environ, ne se laissait pas dilater au-delà, quelque effort que l'on employât : sa circonférence, lisse et sans échancrure, était épaisse, arrondie et semblable à un ourlet inextensible. L'index et le pouce, qui pouvaient être admis dans cet orifice, atteignaient à peine la tête placée très-haut, et glissaient sur sa surface.

Ne pouvant faire pénétrer ni ma main ni des instruments, je me décidai à pratiquer sur le côté gauche de l'orifice, et avec un bistouri boutonné, une incision de deux centimètres de profondeur. Un relâchement immédiat des bords en fut le résultat ; ma main put pénétrer sans difficulté, et l'extraction de la tête, peu volumineuse, n'éprouva pas le moindre obstacle. Cette incision se fit à peine sentir, et ne donna qu'une faible quantité de sang. Le placenta, dans un état complet de putréfaction, fut également retiré de la matrice, et des injections avec l'eau de mauve furent prescrites.

M. Debolo a continué à donner des soins à cette femme, et m'a instruit de ce qui s'était passé. Au bout de deux jours, le dévoiement, le météorisme avaient considérablement diminué; le pouls s'était relevé, la figure était devenue naturelle. Quelques jours après l'opération, les symptômes généraux d'infection avaient complètement disparu. Deux mois après, le retour des couches est venu, et cette femme a continué à jouir d'une santé parfaite.

MALADIES DES FEMMES. — 13. *Quelques considérations sur la cautérisation des ulcères non cancéreux du col de la matrice et sur l'application du speculum uteri* ; par M. J. LISFRANC.

(Bulletin général de Thérapeutique, janvier 1847.)

Des hommes qui ne lisent pas ou qui veulent avoir des idées nouvelles *quand même*, ont souvent, dans ces derniers temps, fait retentir la presse périodique de leurs plaintes contre les chirurgiens qui cautérisent trop ou qui ne cautérisent pas assez : le premier de ces reproches ayant paru nous être plus spécialement adressé, il faut y répondre, puisque l'occasion s'en présente. Nous professons d'ailleurs, depuis plus de quinze ans, les préceptes qu'on va lire : « Les ulcérations non cancéreuses de la matrice peuvent guérir sans qu'on ait besoin de recourir à l'usage des caustiques ; pourquoi n'en serait-il pas ainsi, puisqu'on obtient assez souvent ailleurs la guérison de semblables ulcères, sans employer la cautérisation ? Personne n'ignore qu'on voit aux jambes, par exemple, des solutions de continuité, même assez anciennes, disparaître sans qu'on les soumette à l'action soit du nitrate d'argent fondu, soit du protonitrate acide liquide de mercure ; on sait d'ailleurs que, dans ces derniers temps, j'ai obtenu, par des pansements simples et par l'administration de l'iodure de potassium à l'intérieur, la cicatrisation entière, prompte et presque inespérée, de très-larges et très-profondes ulcérations atoniques siégeant sur les membres pelviens ; je dirai en passant que j'ai été assez souvent aussi heureux par l'usage de cet iodure, quand la maladie, occupant le col de l'utérus, offrait une gravité presque désespérante ; mais il est évident, car l'expérience l'a prouvé à tous les bons observateurs qui ne fondent pas leur opinion sur un trop petit nombre de faits, que les solutions de continuité récentes ou anciennes de la matrice ne guérissent pas ordinairement sans qu'on ait recours à la cautérisation. Je soutiens même, d'après les observations très-multipliées que je fais depuis vingt ans, que, sans cette cautérisation, la guérison de ces solutions de continuité est assez rare, parce que, 1° (il faut le répéter) les mouvements, les frottements auxquels l'organe est soumis s'y opposent ; 2° parce que le tissu utérin ne cède guère aux tractions que la cicatrice exerce sur les bords de la plaie pour les ramener de la circonférence au centre, et que cette cicatrice se forme pour ainsi dire de toutes pièces ; 3° parce que les matières de sécrétion, coulant sur cette plaie et baignant sa surface, l'irritent d'abord trop et la ramollissent ensuite.

Mais les empiriques vont nous reprocher de ne pas toujours cautériser; ils reproduiront sans doute leur objection banale. La voici : lorsqu'on temporise pour cautériser les ulcères de l'utérus, on s'expose à les voir augmenter en surface et en profondeur : alors toutes les ressources de l'art deviennent inutiles. Cette objection serait fort sérieuse, si nous faisions nous-même de l'absurde, du trop funeste empirisme ; si, en d'autres termes, nous n'étions pas en garde contre le terrible accident dont on nous menace. Mais nous surveillons la solution de continuité ; nous l'examinons avec le spéculum tous les trois ou quatre jours. Quand la cicatrice commence, quand elle fait des progrès, nous insistons sur notre méthode de traitement; lorsqu'au contraire la plaie prend de l'accroissement, et n'a pas la rapidité de l'éclair, nous employons sur-le-champ le caustique, et les malades sont loin d'avoir perdu leurs chances de guérison. Nous suivons la même conduite lorsque, après quinze ou vingt jours de l'emploi de nos médications, l'état stationnaire persiste. Ainsi se trouve détruit un argument futile, fruit de l'inexpérience et d'un faux raisonnement.

Toujours les idées préconçues, l'esprit d'exagération, ont voyagé dans toutes les directions; en voulez-vous encore une preuve? Vous la trouverez dans quelques écrits modernes et heureusement éphémères, où l'on ne veut point que la cautérisation soit pratiquée ; comme s'il n'était pas indispensable de toucher la plupart des ulcères avec le nitrate d'argent fondu, par exemple, pour en obtenir la cicatrisation ! Nous sommes dans un siècle chirurgical vraiment étonnant. (*Clinique Chirurgicale de l'hôpital de la Pitié*, par J. Lisfranc, t. III, p. 578 ; mai 1843.)

Des brides se forment quelquefois à la partie supérieure du vagin ; plus ou moins saillantes et demi-circulaires, elles sont produites par des phlegmasies chez les jeunes femmes ; chez les vieilles, l'époque critique les détermine; ces brides peuvent gêner l'application du spéculum, et rendent la cautérisation difficile ; on essaye de les contourner avec le pinceau qui porte le caustique.

Le rétrécissement du canal utéro-vulvaire n'est pas rare, surtout chez les personnes âgées de quarante à cinquante ans et au-delà. Je me suis beaucoup occupé de ce fait dans le second volume de mon ouvrage de Clinique chirurgicale. Ce rétrécissement, qui peut être suivi d'une oblitération complète, peut aussi réduire à deux ou cinq millimètres (une ou deux lignes) la largeur du vagin ; il est impossible de le franchir avec le doigt indicateur ; si l'on met en usage le spéculum, la vue ne pénètre pas sur le col de l'utérus, ou bien le chirurgien n'aperçoit qu'un point très-

limité de sa surface. Présume-t-il alors qu'elle est ulcérée? Il y porte un pinceau mince en charpie, auquel il imprime des mouvements de bascule dans tous les sens ; il pratique ainsi des frictions capable de produire un suintement sanguin. S'il existe une solution de continuité, la certitude de sa présence est acquise quand l'instrument est retiré taché de sang, les règles ou bien une perte rouge n'ayant pas lieu. On emploiera cet instrument pour faire la cautérisation ; mais il sera en cheveux ; on le promènera légèrement sur la surface dénudée. Afin de préserver le point rétréci du canal utéro-vulvaire de l'action du caustique, il serait facile de glisser le pinceau dans une canule conductrice, qui servirait d'ailleurs à faire pénétrer plus aisément les injections faites immédiatement après la cautérisation. Malgré toutes les précautions que j'ai prises, il m'est arrivé souvent, dans le cas qui nous occupe, de toucher le vagin avec le proto-nitrate acide liquide de mercure : la douleur a été nulle ou presque nulle. J'attribue ce phénomène vraiment extraordinaire, qui n'est peut-être pas constant, aux modifications que ce canal a éprouvées sous l'influence de sa coarctation. Je ne tiens pas, d'ailleurs, à cette explication ; le procédé de cautérisation que je viens de décrire m'a réussi ; je crois inutile d'en citer ici des observations ; j'en ai consigné une dans le second volume de la *Clinique chirurgicale de l'hôpital de la Pitié*. Quand l'ulcération est cicatrisée, le pinceau de charpie, introduit et manœuvré comme nous l'avons dit, est à plusieurs reprises et à des jours différents ramené à l'extérieur sans être taché de sang.

Lorsque le col de l'utérus est très-dévié en avant, l'application du spéculum est fort difficile ; beaucoup de chirurgiens la croient même impossible. Je propose la manœuvre qui suit :

Le spéculum, dont on incline le plus possible l'extrémité externe en arrière, parvient à la hauteur de la partie inférieure de l'utérus ; on prie alors la femme de faire des efforts comme si elle allait à la garde-robe ; à mesure que la matrice descend, on pousse le spéculum sur elle, en même temps qu'on fait exécuter à l'instrument un mouvement de bascule, à l'aide duquel son manche est porté en avant ; ainsi le col de l'organe est assez ordinairement emboîté par le spéculum, qui le ramène et le maintient vers la ligne médiane du bassin. Mais n'oublions pas de dire qu'un aide, pressant sur la partie inférieure et moyenne de la région hypogastrique, peut très-souvent refouler plus ou moins en arrière le museau de tanche, rendre ainsi la manœuvre moins difficile et quelquefois même très-facile. Est-il besoin de faire observer que des adhérences insolites, que le développement

considérable de la partie postérieure du corps de la matrice, ou bien la présence d'une tumeur située derrière lui, rendent l'extrémité inférieure de l'utérus à peu près immobile et font échouer complétement le moyen dont nous venons de nous occuper ? J'ai rencontré, comme d'autres praticiens sans doute, des cas trop nombreux de ce genre. Pour cautériser l'ulcération que j'avais sentie, que j'avais constatée avec un pinceau (V. plus haut), l'indicateur garni d'un doigt de gant et servant de conducteur au moyen cautérisateur ordinaire, m'a permis de porter ce moyen sur la solution de continuité, de l'attaquer favorablement et de la détruire dans un grand nombre de circonstances ; il est vrai qu'ainsi le protonitrate acide liquide d'hydrargyre peut se répandre sur le vagin et y occasionner de violentes douleurs ; mais cet inconvénient ne doit pas être mis en balance avec celui qui résulterait du défaut de cautérisation. L'accident dont nous nous occupons est d'ailleurs souvent évité, lorsqu'on a soin de ne pas charger le pinceau d'une trop grande quantité de caustique, de le faire glisser rapidement le long du doigt conducteur, et lorsque, immédiatement après son application sur l'ulcère, on fait des injections à grande eau dans le canal utéro-vulvaire.

Si, comme nous l'avons recommandé depuis longtemps, on touche avant d'appliquer le spéculum, pour s'assurer de la position du col de la matrice, etc., il ne faut pas perdre de vue que le toucher doit alors être provisoire et incomplet ; car s'il était exercé rigoureusement, il exposerait, d'une manière presque certaine, à faire couler du sang, ce qui pourrait empêcher de bien observer la maladie, et de cautériser avantageusement, malgré toutes les précautions qu'on mettrait en usage.

Mais, toutes les fois que le col utérin est situé trop en avant ou trop en arrière pour permettre l'application du spéculum, on donne à la malade une position convenable pour faciliter cette application : cette position peut aussi être très-avantageuse dans les inclinaisons latérales de l'organe. Dans la rétroversion, par exemple, on fait coucher la malade sur le ventre, et le chirurgien, placé à la partie postérieure du bassin, introduit le spéculum d'arrière en avant. On réussit ainsi quelquefois parfaitement ; mais, échoue-t-on ? on a conseillé de redresser l'utérus en glissant derrière lui l'indicateur, plus ou moins fléchi, et en le ramenant sur la ligne médiane et même au delà : des adhérences insolites, le volume trop considérable de l'utérus, peuvent s'y opposer ; et d'ailleurs, dans les circonstances les plus heureuses, à mesure que l'index abandonne le col utérin, ce col vient reprendre la place qu'il occupait. Ce phénomène se ferait

observer beaucoup moins fréquemment si, comme nous l'avons prouvé à l'hôpital de la Pitié, l'extrémité inférieure de la matrice était maintenue, pendant cinq ou dix minutes et davantage, dans la position qu'on a tant d'intérêt à lui voir conserver. L'oubli du dernier principe que nous venons d'énoncer fait presque toujours échouer la manœuvre dont nous nous occupons, et la rend si souvent infructueuse, que beaucoup de praticiens ne veulent pas même la tenter.

En touchant avec le protonitrate acide liquide de mercure un point de la solution de continuité, l'action avantageuse du caustique se fait également sentir sur toute l'étendue de la surface dénudée. En cautérisant un seul ulcère, l'effet salutaire de la cautérisation étend son action sur les ulcérations voisines ; ce fait, tout extraordinaire qu'il est, n'en est pas moins incontestable, puisque l'expérience l'a sanctionné. (V. mon ouvrage de Clinique chirurgicale.)

Les conséquences pratiques, qui découlent des dernières idées dont nous venons de nous occuper, sont les suivantes : 1° sur les femmes dont la matrice est très-irritable, la cautérisation devra être limitée, mieux réussir, et moins exposer à des accidents ; 2° il pourra devenir inutile, surtout dans le même cas, d'appliquer le caustique sur plusieurs ulcères ; 3° lorsque le spéculum employé à l'ordinaire ne permettra de voir même qu'une petite étendue de l'ulcère, il suffira souvent de la cautériser pour en guérir le reste. Il est d'ailleurs d'observation que les premières cautérisations diminuant souvent le volume du museau de tanche, et même de la totalité de l'utérus, permettent bientôt à l'instrument d'emboîter complétement l'extrémité inférieure de cet organe, qui se redresse à mesure qu'il revient à sa grosseur normale.

M. Leroy d'Etiolles a imaginé des spéculum très-ingénieux ; on les a conseillés dans les cas dont nous nous occupons. L'un de ces instruments embrasse d'abord le col de la matrice ; puis l'une de ses valves, mobile et soumise à une vis de pression qui l'incline en dedans, ramène ce col vers la ligne médiane du bassin. Le volume de l'extrémité inférieure de la matrice ne lui permet pas toujours d'être embrassée par le spéculum ; alors il échoue complétement. M. Leroy d'Etiolles en a inventé un autre, qui est composé de valves ne laissant entre elles aucun intervalle quand on l'ouvre ; l'une de ces valves, plus longue que les autres, est mobile d'arrière en avant, ou, si l'on aime mieux, de dehors en dedans ; elle correspond au côté du vagin sur lequel la matrice s'incline. L'instrument est-il parvenu contre le col

utérin dévié en arrière, on lui imprime un léger mouvement de bascule, qui porte son extrémité externe en haut ; on presse ensuite sur la lame mobile : elle peut s'engager entre la paroi vaginale et l'extrémité inférieure de l'utérus ; alors un second mouvement de bascule est exercé en sens opposé du premier. On dit qu'ainsi le col de la matrice est soulevé et que sa partie postérieure se présente à l'orifice supérieur de l'instrument. J'ai essayé cet instrument : il ne m'a pas réussi.

La tige métallique terminée en bec de cuiller, que M. Leroy d'Etiolles glisse dans le spéculum, n'est pas dépourvue d'utilité dans certaines circonstances, lorsque l'extrémité inférieure de la matrice n'est pas trop volumineuse pour s'engager dans la capacité de l'instrument explorateur. Ajoutons qu'il est des cas dans lesquels le spéculum, étant appliqué sur le col de la matrice qu'on ne peut pas voir convenablement, il suffit quelquefois de presser légèrement sur ce dernier de bas en haut et d'arrière en avant, avec une tige à bout aplati, pour faire saillir sa face postérieure; on le soulève donc un peu, à l'aide du léger mouvement de bascule qu'on lui imprime.

M. Armand Jobert, de Dôle, a imaginé une tige conductrice du spéculum ; elle est convexe et concave en sens opposé à l'une de ses extrémités ; il la glisse sur le doigt indicateur entre la paroi du vagin et le col utérin dévié ; il l'y maintient d'une main fixe ; il en engage ensuite l'extrémité externe dans le spéculum ; lorsque, dirigé par elle, il arrive contre le museau de tanche, on fait exécuter à cette tige un mouvement de bascule, à l'aide duquel elle ramène le plus possible l'extrémité inférieure de la matrice vers sa position ordinaire ; alors, à mesure qu'on la retire, on enfonce le spéculum qui embrasse le col de l'utérus s'il n'est pas trop volumineux ; car, lorsqu'il est trop gros, la manœuvre échoue. Faudrait il engager dans la partie inférieure de la capacité de la matrice une tige mousse et mince qui soulèverait le col de cet organe, et qui, engagée ensuite dans le spéculum, lui servirait de conducteur, et permettrait de le placer convenablement ? Ce moyen est fort dangereux ; il peut produire une métrite aiguë, et même une métropéritonite ; il doit être rejeté.

J'ai imaginé de mettre en usage la manœuvre suivante dans les cas où les moyens que j'ai indiqués ne réussissent pas. Le spéculum étant parvenu sur le col utérin, nous le retirons lentement, tant que l'utérus qui descend avec lui, le suit ; au moment où nous cessons de voir cet organe dans le fond de l'instrument, nous relevons le plus possible l'extrémité externe de

celle-ci ; elle forme avec l'axe du bassin un angle que nous ne pouvons pas indiquer ; car il varie beaucoup suivant les sujets ; nous exerçons ensuite sur le spéculum des pressions de bas en haut, et d'avant en arrière, à mesure que nous portons son extrémité inférieure un peu de ce dernier côté ; sa partie supérieure remonte en déprimant la région postérieure du vagin ; lorsqu'elle est sur le point d'arriver au bout supérieur du canal utéro-vulvaire, on la fait basculer en avant ; elle se loge entre ce canal et le col de la matrice. La manœuvre que nous décrivons ne réussit pas toujours : on la recommence ; elle est plus difficile sur les femmes dont la matrice accompagne le spéculum très-bas ; alors l'orifice inférieur du vagin gêne singulièrement les mouvements de bascule qu'on fait exécuter à l'instrument, lorsque surtout il est trop volumineux, et quand surtout aussi cet orifice est étroit et peu dilatable.

Nous avons dit que la partie inférieure de la matrice était située au-devant, ou, si l'on aime mieux, au-dessus du spéculum ; alors on le retire doucement et très-peu, pendant que les yeux sont fixés dans sa capacité ; à mesure que l'on commence à voir le col utérin se présenter à l'orifice supérieur de l'instrument, on presse directement de bas en haut sur celui-ci, qui, s'appliquant sur l'extrémité inférieure du museau de tanche, arrête le mouvement qui le porte en arrière ; aussitôt qu'on a bien exploré et, au besoin, cautérisé la partie de l'utérus accessible à la vue, on attire encore le spéculum très-légèrement à soi ; une nouvelle surface est mise à découvert, et ainsi de suite, en procédant toujours de la même manière. Ainsi, lors même que le museau de tanche est très-volumineux, la manœuvre réussit : si cette partie de la matrice n'offrait pas des dimensions trop considérables, elle s'engagerait dans le spéculum, et, alors, il n'est pas besoin de le dire, la cautérisation deviendrait plus prompte, plus facile et plus heureuse. Il arrive quelquefois que le col utérin, parce que l'instrument a été trop abaissé, passe avec une grande rapidité devant son extrémité supérieure, de telle sorte qu'on n'a presque rien vu, et qu'il n'est pas possible de faire usage du caustique ; alors on répète la manœuvre.

Mais un fait physiologique très-important, sur lequel on n'avait pas fixé l'attention, est le suivant : la matrice, à l'état normal et même affectée d'un engorgement qui n'est pas très-prononcé, jouit d'une mobilité vraiment fort extraordinaire ; pour vous en convaincre, introduisez un spéculum dans le vagin ; faites-le pénétrer le plus profondément possible ; le col de l'utérus s'engage dans sa partie supérieure ; soutenez seulement avec la pulpe du

pouce le poids de l'instrument; priez la malade de faire des efforts comme si elle se livrait à la défécation : vous voyez alors, à mesure que cet instrument descend, l'utérus le suivre et ne s'arrêter qu'à un ou deux pouces au-dessus de l'orifice inférieur du vagin.

De la donnée physiologique nouvelle que nous venons d'énoncer, découlent les conséquences thérapeutiques suivantes : 1° l'abaissement de l'utérus, lorsqu'on veut agir sur son col, est donc évidemment moins douloureux qu'on ne le pense généralement. Tous les praticiens savent que les tractions nécessaires pour produire cet abaissement sont d'ailleurs légères, lentes et graduées; qu'il se fait d'une part aux dépens de l'allongement des ligaments de l'utérus, et, d'autre part, aux dépens du péritoine qui glisse et se plisse sur le tissu cellulaire qui lui est sous-jacent : les parois antérieures et latérales de l'abdomen étant incisées crucialement, il est facile de constater par la vue et par le toucher les phénomènes que nous venons d'indiquer. 2° Puisque la matrice est susceptible de descendre beaucoup sous l'influence des efforts destinés à expulser les matières stercorales, il est évident que cet organe est appliqué avec force sur ces matières dont la grande consistance, très-commune surtout à Paris, peut le contondre. Il est certain aussi que les tiraillements fréquents ne sont pas sans inconvénients sous le rapport du prolapsus utérin; de là, la nécessité de tenir le ventre libre à l'aide de lavements qu'on rend, au besoin, laxatifs en leur associant de l'huile, etc., et même quelque substance purgative ; de là, la nécessité encore de faire le moins d'efforts possible pendant la défécation, afin de ne pas trop tirailler les ligaments utérins. 3° Dans les cas de déviation de l'utérus, et surtout dans l'antéversion, la matrice étant susceptible, comme nous venons de le dire, d'accompagner très-bas le spéculum à mesure qu'il est chassé du vagin, j'ai imaginé, lorsque cet organe est descendu convenablement, de maintenir l'instrument explorateur en place, d'introduire l'indicateur dans le rectum ; il parvient facilement alors au-dessus de cet instrument et derrière le col utérin qu'il soulève et qui s'emboîte, lorsqu'il n'est pas trop volumineux, dans la partie supérieure du spéculum refoulé sur lui à mesure qu'il arrive contre elle ; si, au contraire, le museau de tanche est trop gros, cet instrument s'applique sur lui, et l'on procède d'ailleurs comme dans la manœuvre précédente. J'emploie souvent le dernier procédé dont je viens de m'occuper ; il réussit, à moins que l'organe gestateur ne soit très-volumineux, ou bien qu'il n'ait contracté des adhérences insolites, qui ne lui permettent pas de jouir d'une mobilité convenable.

MALADIES DES ENFANTS. — 14. *Des polypes du rectum et de la fissure à l'anus chez les enfants;* par M. PERRIN, D.-M.-P.

(Revue médico-chirurgicale, février 1847.)

Aux nombreuses affections qui entrent dans le cadre pathologique de l'enfance, il convient désormais d'ajouter deux maladies nouvelles : les polypes du rectum et la fissure à l'anus. MM. Stoltz de Strasbourg, Bourgeois d'Étampes, et, si j'ai bonne mémoire, M. Gigon d'Angoulême, ont, dans ces dernières années, apporté des faits cliniques qui tendraient à démontrer que les productions polypeuses ne sont pas absolument rares chez les enfants, bien qu'elles aient été complétement passées sous silence dans les nosographies les plus récentes. Il y a quelques mois, M. Duclos a recueilli, dans le service de M. le professeur Trousseau, deux observations de fissure à l'anus chez deux enfants à la mamelle, âgés, l'un d'un an, et l'autre de huit mois seulement. Il me paraît utile, pour l'objet que je me propose, de les reproduire ici aussi succinctement que possible.

Dans le premier cas, il s'agit d'une petite fille âgée d'un an, habituellement bien portante, sujette, depuis sa naissance, à une constipation qui a particulièrement augmenté depuis quatre mois. L'enfant ne va à la selle que tous les trois ou quatre jours, et pousse des cris violents au moment de chaque garde-robe. La douleur semble commencer avec l'effort de défécation, et paraît très-vive pendant le passage des matières fécales à travers l'anus.

Depuis un mois environ, la constipation devenant un peu plus opiniâtre, la défécation est encore plus douloureuse, et à chaque garde-robe, l'enfant rend quelques gouttes de sang, qui sortent, soit avant, soit après les fèces, mais ne sont jamais mélangées avec elles.

Le pourtour de l'anus est parfaitement sain ; mais, en écartant profondément les plis, on voit, à la partie antérieure et entre deux plis, une fissure large d'un millimètre environ, longue d'à peu près cinq millimètres, un peu profonde, de couleur rosée, et d'autant plus facile à apercevoir que l'enfant, poussant des cris, fait effort comme pour aller à la garde-robe. La constriction du pourtour de l'anus est telle, qu'on a peine à y introduire l'extrémité du doigt.

Quelques jours après la guérison de cette enfant, M. Trousseau avait à traiter un petit garçon, âgé de huit mois, qui, sevré trop tôt, fut pris d'une diarrhée très-violente, à laquelle succéda immédiatement une constipation très-opiniâtre.

Cet état durait depuis huit jours déjà, lorsque l'enfant fut pris, pendant la défécation, d'une douleur excessivement vive. Les matières fécales, ce jour-là, furent tachées d'un peu de sang.

Depuis ce moment, à chaque garde robe, l'enfant est pris de douleurs très-vives pendant les efforts de défécation, et chaque fois, un peu de sang bien pur tache les fèces sans se mélanger avec elles.

En examinant l'anus, on put constater un peu d'érythème, mélangé d'eczéma presque complétement éteint, et l'existence, entre deux plis de l'anus, d'une fissure large d'à peu près deux millimètres, longue d'au moins un centimètre, un peu profonde, de couleur rosée, et qui se développait très-nettement lorsque l'enfant faisait un effort de défécation. L'anus, d'ailleurs, était le siége d'une constriction considérable.

Chez ces deux petits malades, M. Trousseau prescrivit :

Extrait de ratanhia. . . 1 gramme.
Eau.. . . . . 100 grammes.

Pour un lavement chaque jour.

Cette médication réussit à merveille, et amena la guérison, chez la petite fille, au bout de huit à neuf jours; et chez le petit garçon, au bout de trois jours seulement.

Ces deux observations de M. Duclos ont, avec l'histoire d'un polype du rectum que j'ai recueillie, en 1844, chez une petite fille de deux ans et demi, une analogie symptomatologique tellement remarquable, que, si je ne savais tout le soin qu'on apporte au diagnostic à l'hospice Necker, on serait presque autorisé à se demander si M. Duclos a bien eu véritablement affaire à deux fissures anales proprement dites. Je suis, toutefois, loin de nier, à défaut même de faits bien observés, l'existence des fissures à l'anus chez l'enfant; mais je partage volontiers, quoique avec certaines restrictions, cette opinion que je trouve consignée dans un vieux bouquin de la fin du dix-septième siècle, et qui est conçue dans les termes suivants : «.... Ces fissures à l'anus, que l'on « reconnaît par une démangeaison et une douleur brûlante quand « on va à la selle, n'arrivent ordinairement qu'aux mélancoli- « ques, aux hypochondriaques, aux vérolés, et à ceux qui sont « sujets aux hémorrhoïdes (1). »

Mais voici mon observation.

Observation d'un polype charnu du rectum chez une petite fille de deux ans et demi.

Cette petite fille, très-intelligente, brune, d'un tempérament

(1) *Traité des opérations*, par Joseph La Charrière.

bilioso-nerveux, d'une santé habituellement bonne, vit, près de quatre mois avant l'extraction du polype rectal, que je fis le 26 octobre 1844, ses selles devenir sanglantes. Sa mère, inquiète, me fit immédiatement appeler. La santé de l'enfant était parfaite, et, à part un peu de constipation ordinaire, je ne pus, pour tout symptôme morbide, constater rien autre chose qu'un léger écoulement à l'instant précis de la défécation. Le sang excrété n'était nullement mélangé avec le bol stercoral habituellement consistant, qu'il ne faisait que tacher extérieurement, et, souvent encore, que partiellement. La défécation accomplie, la mère essuyait l'enfant, dont l'anus se trouvait sali par le sang, qui ne reparaissait plus qu'au moment d'une nouvelle garde-robe, et jamais dans d'autres circonstances. Le flux sanguin, presque nul, ne consistait qu'en un suintement, ou véritable *stillicidium recti*. Il est même exact d'ajouter que l'hémorrhagie n'accompagnait pas toujours l'expulsion des fèces; que l'enfant était quelquefois plusieurs jours consécutifs sans perdre de sang, malgré les efforts quotidiens de défécation.

Il n'y a jusqu'ici, dans cette observation, à part l'hémorrhagie anale et sa manière d'être, rien de commun avec les deux cas de fissure à l'anus de l'hospice Necker; mais l'analogie symptomatologique va se dessiner tout à l'heure, si j'ajoute que, chez ma petite malade, il y avait parfois douleur au moment des garde-robes; ce qu'elle témoignait par ses cris, et principalement quand la constipation devenait plus intense, et que le bol stercoral acquérait plus de consistance. Plusieurs fois, et particulièrement dans le cas de défécation douloureuse, j'ai pu constater au pourtour de l'anus un peu d'érythème, avec sensiblité marquée de cette région, quand on essuyait l'enfant. L'épithélium de la marge de l'anus paraissait, en outre, comme gercé, fendillé, et desséché à la manière des lèvres hâlées, chez certaines personnes, par le froid de l'hiver, sans pourtant qu'il ait été possible d'affirmer clairement l'existence d'une gerçure bien nette, d'une fissure véritable. Malgré cette absence, et en tenant compte des autres circonstances que je viens de noter, j'aurais pu, avec quelque raison, songer à l'existence probable d'une fissure à l'anus, si, en même temps, j'eusse reconnu positivement la contraction spasmodique du sphincter. Mais il n'est pas facile, selon moi, d'apprécier chez un enfant le degré véritable de cette contraction, quand surtout cet enfant crie et se débat comme un petit diable sur les genoux de sa mère, aussitôt que vous voulez introduire le doigt dans son anus, qu'il ferme avec une énergie sans pareille : c'est, du moins, ce qui m'est arrivé

chez la petite malade qui fait le sujet de cette observation. Aussi, au lieu de m'arrêter à l'idée d'une fissure, je n'hésitai pas à supposer la présence d'un polype dans le rectum de cette enfant. J'hésitai d'autant moins que, dans le même instant, je me rappelai les quatre faits publiés par M. Bourgeois, et dans lesquels les symptômes offerts par ses petits malades furent exactement ceux que je constatais actuellement chez le mien.

Pendant près de trois mois, l'état de la malade resta le même. Et comme la santé générale continuait d'être parfaite, malgré cette légère hémorrhagie, qui se renouvelait plus ou moins régulièrement au moment de la défécation, je crus pouvoir rassurer complétement les parents sur les suites de cette affection, me dispenser d'aller de vive force à la recherche du polype, et engager, toutefois, la mère à examiner, après chaque garde-robe, l'anus de sa petite fille.

Cet examen de l'ouverture anale n'offrit rien à noter dans le commencement. Ce ne fut que vers la fin du troisième mois, à partir du début des accidents, que la mère crut avec raison reconnaître, au fond de l'anus entr'ouvert, immédiatement après l'émission d'une garde-robe, la présence d'une petite grosseur, qui ne se montrait que par une portion de sa surface, et dont l'aspect mamelonné et la rougeur très-vive simulaient assez bien une framboise. Cette tumeur ne se présentait pas toujours après chaque défécation ; ce ne fut que dans la dernière semaine qui précéda son extraction, qu'elle se montra d'une manière plus constante, et qu'elle finit même par sortir complétement, sauf à rentrer au bout de quelques minutes. Après avoir été dix fois inutilement appelé par la mère pour opérer l'extraction de ce polype, qui rentrait et disparaissait pendant le temps qu'on mettait à venir me chercher, je pus enfin arriver au moment favorable, contourner aussitôt du pouce et de l'index la petite tumeur vers sa base, en refoulant l'anus le plus haut possible, et saisir le pédicule du polype, que je rompis avec mes ongles. Le pédicule était à peine rompu, que le polype s'échappa de mes doigts, comme un noyau de cerise que l'on comprimerait de la même manière, et fut projeté à terre.

Le polype, de la grosseur d'une framboise, était exactement appliqué sur l'anus, qui, lui-même fermé, exerçait une véritable constriction sur le pédicule ; de telle sorte que je ne crus pas devoir, à cause des cris et des mouvements de l'enfant, introduire mon doigt dans le rectum, dans le but de m'assurer, et de la longueur du polype, et du lieu exact de son implantation. L'hémorrhagie qui suivit l'extraction du polype fut à peu près

nulle; quelques gouttes de sang s'échappèrent seulement : voilà tout. Cependant, l'expulsion de la selle du lendemain fut accompagnée d'un caillot de sang noir du volume d'une petite noix, qui provenait, comme on le devine, de l'hémorrhagie qui avait continué de se faire par le bout restant du pédicule. Depuis, le flux n'a pas reparu. La guérison date de plus de deux ans.

C'est, je le répète, au souvenir heureux des faits analogues observés par M. Bourgeois, que je dois attribuer la justesse du diagnostic que j'ai porté dans cette circonstance. M. Bourgeois paraît ignorer que, plusieurs années avant lui, M. Stoltz a publié, dans la *Gazette médicale de Strasbourg*, un travail que je n'ai pas eu moi-même l'occasion de lire, mais dans lequel, je le sais, il traite de l'existence des polypes du rectum chez les enfants, en même temps qu'il conseille de leur opposer la ligature, et l'excision immédiate au-dessous de la ligature. Je n'ai eu qu'à me louer de l'extraction simple à l'aide des doigts, conseillée par M. Bourgeois. C'est un procédé commode et facile, qui n'a point les dehors, toujours effrayants pour la mère et l'enfant, d'une opération à l'aide des instruments. Toutefois, ces deux procédés doivent être conservés, et auront nécessairement chacun leur utilité, selon les cas qui se présenteront tôt au tard. La ligature, suivie de l'excision immédiate, prévient, à coup sûr, une complication qui devra se montrer quelquefois, c'est-à-dire l'hémorrhagie abondante. Mais, dans les quatre cas de M. Bourgeois, comme il est facile de s'en assurer (1), et dans celui qui m'appartient, l'hémorrhagie, si l'on doit donner ce nom à un pareil écoulement, a été d'une insignifiance extrême.

Quand l'écoulement sanguin, qui a lieu pendant et après la défécation, sera d'une quantité excessivement faible; que, surtout, il ne se montrera qu'irrégulièrement, et même quelquefois à des intervalles éloignés de six, huit, dix jours, comme j'ai pu le constater chez ma petite malade, on pourra, je crois, comme je l'ai fait, attendre que le polype devienne accessible à la vue et au toucher, pour en opérer plus facilement l'extraction; et cela avec d'autant plus de raison, que l'enfant sera plus indocile, ce qui arrivera souvent. Mais la mère pourra ne se résigner que difficilement à attendre pendant des semaines, des mois peut-être, jusqu'au moment favorable pour l'opération. Alors, il conviendra de prescrire quelques médications simples, ayant pour but principal de faire patienter les parents. Dans le cas que je rapporte, j'avais conseillé quelques suppositoires, quelques mèches enduites de pommades légèrement astringentes; mais en insistant sérieu-

(1) *Bulletin de Thérapeutique*, octobre 1842.

sement sur l'usage fréquent des lavements émollients ou légèrement laxatifs, afin d'éviter la constipation chez la malade, constipation qui ne manquait pas d'augmenter l'écoulement sanguin.

Si, au contraire, l'hémorrhagie qui suit et accompagne les garde-robes, offrait une abondance telle que, par sa constance et sa répétition de chaque jour, elle pût affaiblir et compromettre la santé de l'enfant, il faudrait évidemment, au lieu de temporiser, aller directement à la recherche du polype, et en débarrasser promptement le rectum.

Le polype que j'ai extrait était charnu, d'une structure cellulo-vasculaire parfaitement homogène, offrant à peu près l'aspect, la couleur, la consistance d'un fragment du tissu rénal ou hépatique. On pouvait, à l'aide des pinces, détacher de sa surface de petits lambeaux membraneux, qui m'ont paru n'être que la muqueuse du rectum elle-même. Cette supposition paraît probable, si l'on considère l'état mamelonné de la surface du polype comme dû à la présence des énormes follicules, qui tapissent normalement la muqueuse du gros intestin, et en particulier du rectum.

Il me reste maintenant à compléter les rapprochements symptomatologiques que j'ai déjà signalés au commencement de cet article, entre les polypes du rectum et la fissure à l'anus chez les enfants, et à montrer jusqu'à quel point la confusion est possible entre ces deux maladies. Il est bien entendu qu'il ne s'agit, quant à la fissure à l'anus, que des deux observations rapportées par M. Duclos, puisque ce sont les deux seuls faits de fissures concernant l'enfant en bas âge, que la science possède. Or, à part la fissure, ou mieux, l'excoriation qui existait chez chacun des petits malades de M. Trousseau, et l'érythème mélangé d'eczéma au pourtour de l'anus, que l'on remarquait chez l'un d'eux seulement, il est vrai de dire que tous les symptômes notés par M. Duclos m'ont été exactement offerts par ma petite malade au polype : constipation, matières fécales durcies, et, à chaque garde-robe, écoulement de sang, qui sortait, soit avant, soit après les fèces, mais sans jamais être mélangé avec elles. Il n'y a pas jusqu'aux cris de douleur de l'enfant, qu'il ne m'ait été permis de constater au moment des efforts de défécation, quand surtout la constipation augmentait, ou que le pourtour de l'anus offrait cet état érythémateux et de sensibilité que j'ai signalé plus haut ; ce qui, je l'ai déjà dit, n'existait pas toujours. Quant à la constriction considérable de l'anus chez les deux petits malades de l'hospice Necker, j'ai également montré combien il était difficile de distinguer la véritable contraction spasmodique du sphincter, de

la contraction à la fois volontaire et instinctive, mais physiologique, opérée par l'enfant indocile à l'approche du doigt que vous voulez introduire. Il ne me reste donc, comme raison d'affirmer l'exactitude du diagnostic porté par M. Duclos, que l'existence réelle d'une fissure bien nettement caractérisée, et reconnue chez chacun de ses malades. Et, cependant, en présence de ces éruptions variées qui envahissent à chaque instant l'orifice externe de la plupart des muqueuses de l'enfant, et en particulier l'orifice inférieur du tube intestinal, on arrive à se demander s'il ne peut pas exister, quoique le plus souvent méconnues, des excoriations anales, analogues aux fissures, ayant le même siége, sans donner lieu, malgré cela, aux accidents bien connus de la fissure proprement dite. C'est une question de fait que je soumets à l'observation clinique ultérieure des médecins des enfants.

M. Duclos a remarqué, avec raison, chez les deux sujets dont il a donné l'histoire, qu'ils ne paraissaient plus souffrir d'une manière bien appréciable, aussitôt l'excrétion des matières fécales accomplie; ce qui est loin d'arriver, comme il l'a dit, dans la fissure de l'adulte, dont un des symptômes caractéristiques consiste, au contraire, dans une douleur brûlante et intolérable qui se prolonge pendant des heures entières après la défécation. C'est là une manière d'être opposée entre ces deux fissures, qui ne peut trouver une explication satisfaisante nulle part, pas même dans les conditions physiologiques des âges.

Il n'en est pas de même pour un autre symptôme, qui ne s'observe point également dans la fissure de l'adulte, mais qui paraît être habituel dans la fissure de l'enfant à la mamelle, et aussi dans le cas de polype charnu du rectum, survenant au même âge; je veux parler de cette hémorrhagie qui s'est toujours montrée, et avec les mêmes caractères, tant chez les petits malades à la fissure de M. Duclos, que chez ceux observés par M. Bourgeois et moi, bien que ceux-ci fussent affectés tout autrement. C'est là une nouvelle preuve, je le répète, de l'analogie symptomatologique qui existe entre les deux maladies qui nous occupent, et de la nécessité de les bien distinguer entre elles, en cherchant à reconnaître, dans l'une, la présence de la gerçure anale; dans l'autre, l'existence du polype. Cette hémorrhagie intestinale, qui semble devoir être le symptôme commun de deux maladies si dissemblables en réalité, ne peut guère s'expliquer que par la prépondérance de l'appareil circulatoire à sang rouge si marquée dans l'enfance, et en particulier par l'état d'hypérémie habituelle de la muqueuse intestinale à cette même période de la vie. Cette double condition de l'organisme, chez l'enfant, expli-

querait en même temps comment l'irritation fluxionnaire, qui s'établit vers la partie inférieure de l'intestin devenu le siége d'une fissure ou d'un polype, doit nécessairement tendre à revêtir la forme hémorrhagique.

Quoi qu'il en soit, la rectorrhagie, avec les caractères que nous lui avons reconnus, et en tenant compte des autres circonstances qui l'accompagnent dans le cas de fissure ou de polype, ne pourrait plus véritablement être confondue qu'avec l'écoulement sanguin hémorrhoïdal. Mais il faut se rappeler que les hémorrhoïdes, chez les enfants, sont des maladies exceptionnelles presque incompatibles, en dehors toutefois des lois mystérieuses de l'hérédité, avec les conditions physiologiques inhérentes à cet âge. Cependant, Trnka, dans son *Historia hæmorrhoïdum*, a rassemblé 39 faits sur cette maladie, affectant des enfants de moins de quinze ans, 33 avaient même moins de neuf ans. Mais, en présence des récentes acquisitions de la science sur les hémorrhagies du rectum dans l'enfance, on peut hautement affirmer que les faits de Trnka ne peuvent plus avoir aujourd'hui de valeur scientifique bien déterminée, qu'à la condition d'une nouvelle et sévère analyse.

VI. CHIRURGIE, ORTHOPÉDIE ET OPHTHALMOLOGIE.

PATHOLOGIE EXTERNE. — 15. *Mémoire sur les exostoses et sur les opérations qui leur conviennent;* par M. Roux, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Paris, et chirurgien de l'Hôtel-Dieu, etc. (1).

(Revue médico-chirurgicale, février 1847.)

I. — Les pathologistes ont compris sous la dénomination générale d'*exostoses* des affections essentiellement différentes. C'est ainsi qu'ils ont confondu : 1° la simple hypertrophie permanente ou chronique d'un os dans une partie seulement ou dans la totalité de son étendue ; 2° l'ostéose avec gonflement circonscrit de l'os affecté, telle qu'on l'observe si souvent comme symptôme de la syphilis constitutionnelle ; 3° la tumeur anévrismale des os ; 4° leur gonflement sarcomateux ; 5° cette autre dégénération avec tumeur, à laquelle Astley Cooper a imposé le nom d'*exos-*

(1) Nous nous félicitons de pouvoir offrir aux praticiens ce remarquable Mémoire de l'un des maîtres les plus justement renommés de la chirurgie contemporaine. M. Roux s'occupe en ce moment d'un travail de longue haleine, qui présentera le tableau de toute sa pratique chirurgicale, et dont il a distrait pour nous ce premier fragment. Nous espérons bien puiser encore à cette mine précieuse, en attendant que sa publication régulière satisfasse les désirs de tous les chirurgiens.

toses fongueuses ou *médullaires ;* 6° enfin ces autres tumeurs organisées comme le tissu osseux lui-même, qui s'élèvent de la surface d'un os à la manière des apophyses naturelles, ou se montrent comme de gros tubercules ou des espèces de champignons nés des couches extérieures d'un os, sur lequel elles semblent comme implantées.

C'est aux tumeurs de cette dernière sorte que convient particulièrement le nom d'exostose ; il indique bien ce qu'elles sont réellement : *quod ex ossibus nascitur* ; et c'est de ces tumeurs seulement qu'il sera question dans ce Mémoire. Je les distingue soigneusement de ces apophyses surnuméraires que présentent les os de certains sujets, et qui, presque toujours multiples, souvent même très-nombreuses chez le même individu, se rapprochent plus ou moins, quant à la forme, des apophyses naturelles. Au contraire, l'exostose proprement dite est presque constamment solitaire; c'est un état contre nature borné à un point du système osseux. Une fois, cependant, j'ai vu chez le même sujet deux exostoses très-compactes, presque éburnées, inhérentes aux os maxillaires supérieurs, semblablement situées l'une et l'autre sur les côtés du nez. Une autre fois encore, et tout récemment, un jeune homme s'est présenté à moi ayant deux exostoses véritables aux deux mains : l'une occupait le pouce de la main droite, en dedans de la deuxième phalange; l'autre avait son siége au doigt indicateur de la main opposée, du côté interne de la première phalange. Celle-ci, c'est-à-dire l'exostose du doigt indicateur, était fort considérable, eu égard surtout au peu de volume de l'os sur lequel elle avait son gisement. C'était la première fois que je voyais de véritables exostoses, et des exostoses assez volumineuses, sur les phalanges des doigts.

Depuis longtemps je projetais de réunir en un fascicule clinique les cas d'exostoses les plus remarquables qui ont passé sous mes yeux, lorsque le fait suivant, observé il y a quelques années, reporta toute mon attention sur ce sujet, et me détermina à mettre ce projet à exécution. Je rapporterai d'abord cette observation, qui me servira de point de départ pour tout ce que j'ai à dire.

Obs. I. — *Exostose dure et pédiculée, située à la partie postérieure et inférieure du fémur : hygroma d'une bourse muqueuse accidentelle développée sur le sommet de la tumeur.* — Un jeune homme de 28 ans, qui avait nom Victor Dufay, garçon de magasin, se présenta à moi dans les premiers jours du mois de décembre 1843. Il avait en arrière de la cuisse et en bas, à la partie la plus élevée du creux du jarret, une tumeur dure, légèrement

mamelonnée, continue au fémur, dont elle semblait un appendice, ou sur lequel elle formait comme une grosse apophyse. Cette tumeur soulevait à peine la peau sous laquelle elle était placée, bien qu'elle parût avoir à peu près le volume du poing d'un enfant. En la palpant avec soin, en écartant les muscles dont elle occupait l'intervalle, on parvenait à distinguer qu'elle tenait au fémur par une base assez étroite, par une sorte de gros pédicule. C'était, à n'en pas douter, une exostose. Elle n'était point congéniale ; elle avait commencé quelques années seulement avant le temps où je l'observais, et après avoir cru assez rapidement, elle était restée stationnaire depuis dix-huit mois ou deux ans environ. Tout récemment, un autre état pathologique s'y était joint : un amas de liquide s'était formé entre la partie culminante de la tumeur et la couche de parties molles extérieures, et ce liquide devait être contenu dans une petite poche membraneuse appliquée immédiatement sur la tumeur osseuse, qui, à cause de cela, semblait avoir pris un nouvel accroissement.

Je n'ai pas hésité un moment à penser que cette complication n'était autre chose qu'un petit amas synovial, une sorte d'hygroma, comme il s'en forme si souvent dans les bourses muqueuses, au-devant de la rotule, sur l'olécrâne, sur la malléole externe, et cela sous l'influence d'une légère contusion, ou mieux encore d'une pression habituelle ; et, ce qui a fortifié ma conjecture, c'est que la résorption du liquide a suivi assez promptement l'application continue de linges imbibés d'une forte dissolution aqueuse d'hydrochlorate d'ammoniaque.

Du reste, l'existence d'une petite hydropisie synoviale à la surface d'une exostose ne m'avait pas surpris : dès longtemps, et par l'examen que j'avais été dans le cas de faire de plusieurs tumeurs osseuses de ce genre, je savais, comme je le dirai plus loin, qu'assez souvent elles sont séparées des parties molles qui les recouvrent par une bourse synoviale. Dans le cas dont il s'agit, les vaisseaux poplités et le nerf sciatique devaient avoir éprouvé un changement de position ; ils devaient être, les vaisseaux particulièrement, déjetés en dedans ou en dehors de la tumeur, puisqu'on ne sentait pas les battements de l'artère immédiatement sous la peau. Je me suis peu soucié, au reste, d'en déterminer exactement les rapports avec le pédicule de la tumeur ; placée qu'elle était en arrière de la cuisse, entre les muscles fléchisseurs de la jambe, au milieu d'un tissu cellulaire abondant, et devenue tout à fait stationnaire depuis un laps de temps déjà assez long, cette exostose n'était point visible ; on ne pouvait que la sentir ; elle ne causait aucune difformité, ne gênait en rien,

ou ne gênait que bien peu, dans leurs fonctions naturelles, les organes auxquels elle confinait ; il était peu probable qu'elle fît de nouveaux progrès, dont il n'y avait d'ailleurs rien à appréhender. Il eût été déraisonnable de songer à en faire l'ablation : aussi je me contentai de combattre et de dissiper la petite hydropisie synoviale développée à sa surface. Le malade était entré à l'Hôtel-Dieu le 6 décembre ; il en sortit le 29 du même mois, satisfait d'avoir vu disparaître ce qui lui avait paru indiquer un accroissement de sa tumeur.

II. — C'était la septième fois que j'observais une exostose de cette sorte, c'est-à-dire à base étroite ou pédiculée, ainsi placée au-dessous de la partie moyenne du fémur, non loin de l'articulation du genou, et constituant une affection isolée, solitaire, sans autre état semblable concomitant. Dans un autre de ces sept cas, la tumeur avait aussi son siége en arrière du fémur, vers le haut de l'espace poplité ; dans tous les autres, au contraire, elle occupait la partie antérieure de l'os sous le muscle triceps fémoral, et presque toujours elle était placée assez bas pour confiner d'assez près avec le cul-de-sac supérieur de la capsule synoviale du genou. C'est là pareillement, c'est-à-dire à la partie antérieure de l'os, un peu en dehors, à peu de distance de la rotule, qu'était la tumeur, dans un huitième cas que j'ai observé dans le cours de l'année dernière. Le sujet qui me l'a présentée était une jeune dame de 29 ans, venue à Paris pour consulter sur son état, et qui m'avait été adressée par un médecin du département de l'Orne, M. Deshayes. La tumeur avait la grosseur d'une petite pomme, et devait confiner d'assez près avec la capsule synoviale du genou. J'ai éloigné la malade du désir qu'elle avait de subir une opération, bien qu'elle éprouvât parfois d'assez vives souffrances.

D'où vient donc cette prédisposition de la partie inférieure du fémur à être le siége d'une telle affection plutôt que la partie supérieure ? Je l'ignore complétement. Si j'en jugeais par quelques faits, au nombre seulement de trois ou quatre, que j'ai observés, je dirais qu'à l'humérus, au contraire, c'est la partie de l'os voisine de l'épaule ou la partie supérieure, qui donne plus particulièrement naissance aux exostoses.

Ce ne peut guère être par l'effet du hasard qu'un nombre aussi considérable d'exostoses du fémur ait passé sous mes yeux ; il faut croire qu'elles sont réellement plus fréquentes que celles des autres os. Pour moi du moins, et relativement à ce qu'il m'a été donné de voir, cela est positif ; et, selon mes observations, la différence est grande entre les diverses parties du squelette,

quant à leur disposition à être le siége d'un tel état contre-nature. Il semble qu'après le fémur vient l'humérus ; je placerais ensuite les os de la face, mais seulement les plus considérables, le maxillaire inférieur et les maxillaires supérieurs ; après ceux-ci viennent les plus petits os des membres, les phalanges, celles des orteils plus particulièrement, et plus particulièrement encore la dernière phalange du gros orteil. Les exostoses de cette phalange se montrent presque toujours à la face supérieure, sous l'ongle, qu'elles soulèvent, qu'elles déforment, dont elles distendent la matrice, en déterminant une douleur permanente plus ou moins vive.

Dupuytren avait appelé l'attention sur ces exostoses de la dernière phalange du gros orteil, qu'il avait observées plusieurs fois. Rien de plus rationnel que le conseil qu'il a donné, non pas pour faire disparaître une difformité qui ne s'aperçoit pas, mais pour mettre un terme à la douleur qu'une telle tumeur, si petite qu'elle soit, occasionne. Il faut enlever l'ongle après l'avoir divisé en deux parties dans le sens de sa longueur, et abattre la tumeur, soit avec une petite scie, soit, et mieux encore, avec une tenaille incisive. Ce dernier instrument convient d'autant mieux que ces tumeurs du gros orteil sont principalement formées d'un tissu spongieux : elles n'ont qu'une écorce assez mince de tissu compacte ; à peine acquièrent-elles le volume d'un gros pois ou de l'extrémité du petit doigt, et leur séparation d'avec le petit os sur lequel elles se sont développées se fait sans beaucoup de peine. C'est du moins ce que j'ai remarqué dans deux cas où j'ai eu à en pratiquer l'ablation, les seuls de ce genre qui se soient présentés à mon observation.

III.—Quelque place qu'elles occupent, sur quelques os qu'elles se soient développées, les exostoses présentent certaines dispositions communes ou générales qu'il est bon de connaître ; et qu'il convient de se rappeler quand il y a nécessité de faire disparaître une de ces tumeurs par une opération. Un premier trait remarquable est celui-ci : on peut avoir à les observer sur des sujets adultes, mais ces sujets en étaient déjà affectés dans leur jeunesse ; c'est dans la première période de la vie qu'elles se développent, le plus communément au moins ; et généralement ce sont de jeunes sujets, des individus de douze, quinze ou vingt ans, qu'on voit invoquer les secours de la chirurgie pour des tumeurs de cette sorte.

En second lieu, leur force d'accroissement n'est point illimitée ; parvenues à une certaine grosseur, ces exostoses n'augmentent plus, elles restent stationnaires, et je me hasarderais volontiers à

présumer que leur accroissement cesse avec celui des os.

Puis, en les comparant les unes aux autres dans les différents os qui peuvent en être le siége, et lorsqu'elles ont acquis tout le développement dont elles sont susceptibles, il est remarquable que leur volume semble en rapport avec le volume de l'os affecté ; généralement, elles sont plus grosses au fémur qu'à l'humérus, plus grosses encore aux os du bassin, même après un long temps, elles restent petites à la dernière phalange du gros orteil. C'est le pendant de ce qu'on remarque à l'égard de certaines tumeurs des parties molles, comme les lipômes, les tumeurs enkystées de tous genres, qui, après un temps donné, ou à la même période, à la même époque de leur développement, se montrent ou restent petites dans les petites régions du corps, se montrent avec un développement considérable dans les grandes régions, et dont on peut dire que la force d'accroissement est subordonnée à la grandeur de la partie du corps qu'elles occupent.

Autre disposition générale. Ce n'est pas par un pédicule proprement dit, par un collet tel que celui de certaines tumeurs des parties molles, que chaque exostose se continue avec l'os qui la supporte: c'est seulement par une portion plus ou moins rétrécie, par une base étroite ou rentrante ; je n'en ai jamais vu à large base. Presque toujours aussi la partie principale de la tumeur tend à la forme sphérique, mais avec des contours irréguliers ; la surface, surtout du côté qui regarde les chairs sus-jacentes, est ordinairement un peu inégale et comme bosselée, et semble revêtue d'une couche très-mince de cartilage. Pour ce qui est de la texture ou de la substance propre de la tumeur, quand elle n'est pas formée entièrement de tissu compacte, celui-ci abonde toujours au pédicule ou à la base : c'est dans la partie sphérique, et au centre particulièrement, que se trouve le tissu aréolaire ou spongieux.

Une dernière chose à remarquer dans ces exostoses, considérées sous le rapport anatomique, c'est leur mode de connexion avec les parties qui les environnent, notamment avec celles qui les recouvrent. On le comprend ; pour peu qu'il y ait dans la région, qu'une de ces tumeurs occupe, des muscles, des vaisseaux, des nerfs, il peut y avoir soulèvement et distension, ou simple déplacement des muscles, déviation des vaisseaux et des nerfs, et difficilement peut-on déterminer exactement les changements que ces parties peuvent avoir éprouvés dans leurs rapports mutuels, et leurs rapports particuliers avec l'exostose elle-même. Quand une telle tumeur est placée sous un plan musculeux qui la coiffe en partie, comme cela a lieu pour les exostoses de la

partie antérieure du fémur, ou encore pour celles qui se développent sous le deltoïde, tantôt elle en est séparée par une couche plus ou moins épaisse d'un tissu cellulaire légèrement condensé, mais qui permet encore à la couche musculeuse de glisser sur la surface de l'exostose ; tantôt il y a eu transformation du tissu cellulaire, et, de cette manière ou de toute autre, formation d'une sorte de bourse synoviale, ou plutôt d'une petite poche membraneuse dans laquelle peut se faire un amas de liquide : c'est ce qui avait eu lieu dans l'exostose du fémur, par la description de laquelle j'ai commencé. Certaines fois, au contraire, la tumeur et les muscles sont étroitement unis, je ne sais de quelle manière ni par quel tissu, mais à ce point toujours que le glissement des muscles est impossible, et que, dans une opération qu'on entreprendrait pour enlever une exostose ainsi disposée, le pédicule étant coupé sans que la tumeur elle-même ait été mise préalablement à découvert, il se pourrait qu'on ne pût la dégager et l'extraire qu'en enlevant une partie de la substance des muscles. J'en citerai bientôt un remarquable exemple.

IV. — Comme altérations d'organes, les tumeurs osseuses que je viens de décrire brièvement sont assurément une des maladies les plus simples qu'il y ait ; elles n'enfantent aucun phénomène, aucun symptôme qui leur soient inhérents ; elles n'ont aucune tendance particulière à dégénérer ; chacune d'elles est comme une grosse apophyse anormale, comme un petit os enté sur un autre os plus volumineux, et tout au plus susceptible de participer aux altérations de cet os lui-même.

Mais pour peu qu'une exostose se rapproche de la surface du corps, elle constitue une difformité plus ou moins choquante ; mais, là où elle comprime ou distend des parties douées d'une vive sensibilité, elle est une cause permanente de souffrances habituelles, tout au moins importunes si elles ne sont pas intolérables, témoin les exostoses de la dernière phalange du gros orteil ; mais à l'intérieur d'une cavité, une exostose peut comprimer quelque organe important et en troubler les fonctions : ainsi, une exostose de l'intérieur de l'orbite produit l'exophthalmie et peut annihiler la fonction de l'œil ; ainsi a-t-on vu des exostoses de l'intérieur du bassin, chez la femme, mettre obstacle à l'accouchement. Dans les membres, de telles tumeurs, simplement placées sous des muscles, peuvent en gêner l'action, et faire que les mouvements ne s'accomplissent qu'imparfaitement et avec souffrance.

Une chose m'a frappé, toutefois, à l'égard des exostoses qui soulèvent des muscles, et même des muscles très-forts, comme le

deltoïde, comme le muscle crural : c'est que la gêne et les souffrances qu'elles occasionnent sont d'autant moins grandes que cette tumeur est, je ne dirai pas plus volumineuse, mais plus ancienne; elles deviennent plus tolérables avec le temps, sans doute par l'habitude que les muscles contractent d'agir malgré la distension ou la compression qu'ils éprouvent. C'est une raison pour exhorter les malades à la patience, et pour ne pas céder trop facilement au désir qu'ils pourraient avoir de subir une opération, qui, de même que tant d'autres, expose à des dangers réels.

Je citerai un cas assez remarquable à cet égard.

Obs. II et III. — *Exostoses de la partie inférieure et antérieure du fémur ; l'une, en progrès et douloureuse ; l'autre, stationnaire et sans douleur.*—Il y a cinq ou six ans, j'étais à Nantes, et parmi plusieurs malades qui, cèdant aux désirs de mon excellent ami, M. le docteur Palois, réclamèrent mes conseils, deux me furent présentés ayant l'un et l'autre une exostose pédiculée de l'extrémité inférieure du fémur, semblablement placée chez tous deux à la partie antérieure de l'os, sous le muscle triceps, à quelque distance de l'articulation du genou : c'était une assez singulière rencontre. L'un des deux malades était un jeune homme de douze à treize ans; sa tumeur datait de quelques années seulement, elle avait déjà une grosseur remarquable, et rendait pénible le jeu des muscles qui le recouvraient; néanmoins, je donnai le conseil de n'y pas toucher, et de laisser au jeune homme le soin de prendre lui-même un parti lorsqu'il serait plus avancé en âge. Ce n'est pas de lui que je veux parler spécialement.

Mais l'autre malade avait une trentaine d'années environ. M. Palois l'observait depuis longtemps ; et depuis quelques années que l'exostose ne faisait plus de progrès, la difficulté des mouvements du membre inférieur avait naturellement diminué. Avant cela, le malade avait beaucoup de peine à rester longtemps debout, et plus encore à faire de longues courses. Au moment où je le vis, il était attaché à une administration de messageries, et y remplissait un emploi qui l'obligeait à des exercices assez fatigants. C'est dans un moment, où il était livré à ses occupations habituelles, que je l'ai examiné.

(*La suite à un prochain numéro.*)

MÉDECINE OPÉRATOIRE. — 16. *Des cas auxquels l'opération de la gastro-stomie est applicable;* par M. le professeur SÉDILLOT, membre correspondant de l'Institut.

(Suite et fin : *voir* t. XII, décembre 1846, p. 120; t. I, janvier 1847, p. 145.)

(Gazette médicale de Paris, N° 5; 1847.)

12° *Oblitérations complètes.* — L'oblitération complète de l'œsophage doit être regardée comme le dernier terme des rétrécissements, qu'ils soient fibreux ou cartilagineux, et on aurait quelque peine à en admettre la réalité si plusieurs observations authentiques n'en faisaient foi. Ces faits montrent avec quelle énergie les malades ont lutté contre les effets de l'inanition devenue absolue pendant leurs derniers jours.

OBS. XX. Bonnet rapporte qu'une femme de 30 ans, atteinte d'aphagie, avait conservé toute la lucidité de son esprit. Après avoir réglé ses dernières dispositions et avoir fait prendre le deuil à sa maison, elle fit appeler ses quatre enfants, et ayant dit adieu à ses parents convoqués, elle expira dans la prière. Tout l'œsophage avait la dureté du cartilage et était tellement oblitéré (nulla adstrictione sed coalitione) qu'on n'y aperçut aucun pertuis et que le stylet n'en fit pas découvrir (ut non oculis, neque stylo ulli peronis fuerit.)

Baillie a représenté un cas d'oblitération complète de la partie inférieure de l'œsophage, arrivée à la suite d'un rétrécissement fibro-calleux, et Albers a fait également figurer (pl. XVI et XVII) une altération semblable. Il nous paraît inutile d'insister sur les conséquences pratiques de pareils faits. La gastro-stomie seule pourrait alors sauver les malades, et opérer pour ainsi dire leur résurrection.

13° *Cancers de l'œsophage.* — Les cancers de l'œsophage sont susceptibles de causer la mort, soit par le resserrement des parois de ce conduit et l'inanition qui en est la conséquence, soit par les désorganisations ultérieures qu'ils entraînent. Les organes voisins sont attaqués par l'ulcération, la trachée-artère ouverte, les plèvres détruites comme j'en ai observé un exemple, les vaisseaux érodés, et ces désordres sont autant de causes d'une terminaison fatale. La gastro-stomie serait impuissante sans doute à remédier à de pareilles lésions, et il serait contre-indiqué de la pratiquer si la mort était réellement certaine et imminente ; mais il est des cas où la gravité et l'étendue des altérations ne sont pas suffisamment connues. Faudrait-il alors abandonner un malade aux angoisses de la faim et le laisser périr sans secours, dans la crainte d'avoir à combattre des désordres trop avancés, et de

voir attribuer à l'opération un résultat funeste, mais inévitable, que l'on pouvait uniquement retarder? Le devoir de l'homme de l'art est d'affronter les jugements les moins éclairés et les plus injustes, quand il s'agit d'apporter un soulagement aux souffrances et de prolonger la vie.

La prudence commandera à l'homme de l'art de déclarer que l'opération sera seulement palliative, si telle est sa conviction, et il ne perdra nullement la confiance qu'il aura inspirée, si les faits justifient son jugement.

Sandifort cite le cas d'une femme qui mourut de faim par suite d'un ulcère œsophagien situé au-dessous du larynx, et qui communiquait, par deux petites érosions, avec la trachée : c'était très-probablement un cancer, et la gastro-stomie eût pu retarder la mort.

J'ai examiné dernièrement l'œsophage d'un dysphagique dont le rétrécissement, situé un peu au-dessous du larynx, n'avait pu être traversé par une sonde œsophagienne. Ce malade était mort, à ce qu'il paraît, suffoqué par les aliments qui, accumulés dans le pharynx au-dessus de la coarctation, avaient atteint le niveau de l'ouverture du larynx, qu'ils avaient remplie.

Les parois antérieure et latérales de l'œsophage étaient seules indurées et épaissies, de manière à réduire à quelques millimètres de largeur le diamètre intérieur de ce conduit ; elles se continuaient par une sorte d'intime fusion, avec une masse composée de matière tuberculeuse et cancéreuse qui embrassait la crosse aortique et s'étendait jusqu'au sternum, déjà ramolli et désuni dans ses deux pièces supérieures.

La trachée-artère étoit intacte, et la respiration n'avait jamais été gênée.

On avait cru à l'existence d'un anévrisme de l'aorte comprimant le conduit œsophagien, et il eût été possible de prolonger une année peut-être la vie du malade en lui pratiquant la gastrostomie.

De pareils faits ne sont pas très-rares, et M. le professeur Forget a publié, dans le compte rendu de sa clinique médicale, une observation analogue qu'il a fait suivre de réflexions d'une haute importance pour le sujet dont nous nous occupons.

« Un homme de 70 ans, de constitution faible, détériorée, « amaigrie, entre à la clinique le 30 décembre 1842 ; il dit « éprouver, depuis trois mois, une douleur correspondant au « sommet du sternum avec gêne de la déglutition. Il lui est im- « possible d'avaler des aliments solides, qui s'arrêtent à mi- « chemin de l'œsophage, puis remontent spontanément et sont

« vomis. Du reste, l'isthme du gosier paraît libre, et la digestion « sous-diaphragmatique s'accomplit régulièrement. Point de « fièvre, point de lésion appréciable dans les autres appareils.

« Dans le but de préciser le siége et d'explorer la nature de « l'obstacle, nous introduisons par la bouche une sonde œsopha- « gienne qui pénètre librement par le pharynx ; mais elle s'ar- « rête au point même où le malade accuse de la douleur. Des « tentatives, ménagées pour la faire pénétrer plus avant, demeu- « rent sans succès. Ayant ainsi constaté un rétrécissement orga- « nique, nous mettons le malade à l'usage des boissons douces « et féculentes ; nous appliquons un emplâtre stibié sur le « sternum comme révulsif, et prescrivons des aliments liquides « (soupes, bouillies).

« Cependant les vomissements se reproduisent quelquefois; le « malade est habituellement constipé.

« Vers le milieu de janvier 1843, les extrémités inférieures « sont infiltrées ; l'anasarque fait des progrès; le malade tombe « dans un épuisement voisin du marasme, et succombe le 25 « janvier, vingt-six jours après son entrée.

« *Nécroscopie. — Appareil digestif.* A 6 centimètres au-dessous « du niveau des cartilages du larynx, l'œsophage offre un rétré- « cissement constitué par un épaississement squirrheux, comme « cartilagineux, de ses parois, rétrécissement d'un centimètre « environ de longueur, et dont le canal admettait à peine une « plume d'oie. Au-dessus de la coarctation existe une ulcération « de la largeur d'une pièce d'un franc, à fond végétant, noirâtre, « existant sur un tissu comme cartilagineux (squirrhe ulcéré). « Dans ce sens, le calibre de l'œsophage est sensiblement élargi, « tandis qu'au-dessous du rétrécissement il paraît être à l'état « normal. Le reste du tube digestif paraît sensiblement rétréci « par le retrait des parois intestinales sur elles-mêmes.

« Rien de particulier dans les autres organes, à part la suffu- « sion séreuse.

« Voici un des faits les plus simples du rétrécissement de « l'œsophage qu'on puisse rencontrer. On a vu dans quelques cas « l'œsophage s'élargir considérablement au-dessus de l'obstacle, « et former, pour ainsi dire, un estomac supplémentaire, où les « aliments séjournaient pendant quelque temps. On a vu l'œso- « phage se perforer et donner lieu à des épanchements intra- « thoraciques. Quant aux causes de ces affections, elles restent « le plus souvent ignorées. On a parfois réussi à nourrir les ma- « lades au moyen d'une sonde introduite au travers de l'obstacle ; « mais ici, outre que la sonde ne pénétrait pas, son séjour n'eût

« fait qu'aggraver la désorganisation. Le malade est mort d'ina-
« nition et peut-être aussi de cette cachexie séreuse, dont l'ori-
« gine peut être cherchée, soit dans la vie de la nutrition, soit
« moins vraisemblablement dans la diathèse cancéreuse, dont la
« lésion de l'œsophage serait l'expression. En pareil cas, si l'ali-
« mentation par les voies supérieures est insuffisante, on doit
« chercher à nourrir au moyen de lavements, qui pourtant
« n'offrent qu'une ressource bien insuffisante. »

M. Forget a fait remarquer avec une grande justesse que l'introduction et le séjour d'une sonde dans l'œsophage eussent aggravé les accidents et hâté la mort du malade; mais nous croyons être également dans le vrai, en soutenant que la gastro-stomie eût été le seul moyen de rendre l'affection stationnaire et de prolonger la vie. Rien n'établit péremptoirement la nature cancéreuse de la lésion, et l'ulcère pourrait être attribué à l'accumulation des aliments au-dessus du point rétréci et à l'irritation mécanique produite par leur présence. Tant que les désordres sont peu étendus, et que l'inspection microscopique n'a pas eu lieu, on doit rester dans une prudente réserve sur la nature même de la maladie.

Nous n'oserions pas d'ailleurs affirmer qu'il n'y eût pas de rétrécissements squirrheux, parmi ceux que nous avons décrits comme formés de tissus fibreux ou cartilagineux. Ce genre de diagnostic sur l'homme vivant serait souvent impossible, et dans le doute, l'opération devrait être pratiquée avec d'autant plus de confiance qu'elle pourrait, dans certains cas, arrêter les progrès de la dégénérescence, et dans quelques autres, prévenir une transformation maligne dont nous admettons la possibilité.

14° *Rétrécissements infranchissables du cardia.* — L'orifice cardiaque peut devenir infranchissable aux matières alimentaires, par suite d'altérations semblables à celles que nous avons reconnues à l'œsophage. Des rétrécissements fibreux, cartilagineux, squirrheux, des tumeurs de diverse nature, y ont été observés, et la mort par inanition en a été le résultat, comme le montreront les faits suivants.

Obs. XXI. — Bonnet a emprunté à Fernel le cas d'une femme, qui mourut de faim, pendant sa grossesse, par l'impossibilité où elle se trouva d'avaler aucun aliment ni aucune boisson, nonobstant les plus grands efforts. On reconnut, à l'autopsie, une tumeur provenant de l'orifice cardiaque qui en était entièrement fermé. (Deglutitio læsa à tuberculo ori ventriculi innato. Fernel, cap. 1, lib. VI.) L'observation XXII de Bonnet a également trait à une femme qui mourut de faim. L'estomac était sain, mais le cardia

et la fin de l'œsophage étaient rétrécis et squirrheux. (Deglutitio læsa à scirrho ventriculi orificium obsidente.)

Un fait analogue dans ses résultats est rapporté dans la XIe observation du même auteur. La mort eu lieu par inanition, mais le rétrécissement cardiaque paraissait dépendre de tumeurs tuberculeuses développées chez un phthisique. (Deglutitio læsa ob strumas orificium stomachi obsidentes.)

Obs. XVII. — Sandifort a relaté l'histoire d'un rétrécissement cardiaque mortel, produit par des tumeurs (glandulis) qui entouraient et fermaient l'orifice supérieur de l'estomac.

M. Andral remarque, dans son *Anatomie pathologique* (t. II, 1re part.), que les indurations fibreuses du tissu cellulaire sous-muqueux sont quelquefois bornées à la circonférence du cardia, et qu'on les a souvent et à tort confondues avec des squirrhes.

Ces exemples prouvent la possibilité d'appliquer avec succès la gastro-stomie aux rétrécissements cardiaques, et ils démontrent combien était fondé l'espoir, exprimé par notre célèbre confrère, M. Serres, que cette opération pût dorénavant adoucir les souffrances des malheureux qu'il avait vus succomber à ce genre d'affection.

On sera toujours incertain de savoir si le mal qui cause l'obstacle ne s'étend pas au viscère lui-même, et la proximité de l'altération en augmentera le danger. Ces craintes nous paraissent justes; mais il suffit que l'indication de la gastro-stomie existe dans les cas de rétrécissements cardiaques locaux et circonscrits, pour que nous la signalions, sans vouloir soulever ici toutes les difficultés d'un diagnostic différentiel, qui nous entraînerait dans d'inutiles détails à notre point de vue.

15° *Rétrécissements œsophagiens mortels, dont la nature est restée inconnue.* — Nous réunirons dans ce dernier paragraphe quelques observations de rétrécissements œsophagiens mortels, dont l'examen anatomique ou n'a pas eu lieu, ou nous est resté inconnu, ou a manqué de preuves suffisantes pour en faire apprécier la nature.

La partie supérieure de l'œsophage était devenue si étroite, chez un jeune enfant de 8 ans, que l'eau ne pouvait plus la traverser, et que la mort eut lieu par inanition (Bonnet, obs. XIV).

On lit, dans le *Recueil périodique de la Société de médecine de Paris*, l'observation d'un rétrécissement de la partie supérieure de l'œsophage qui entraîna la mort d'une femme, âgée d'environ 50 ans. « La dysphagie existait depuis longtemps, mais devint « presque absolue dans la dernière année. Des lavements de « bouillon, quelques gouttes de lait et de vin, mêlées d'eau, com-

« posaient depuis dix-huit mois sa nourriture. Sa maigreur était « extrême ainsi que son découragement. La faim la tourmentait « cruellement, et elle éprouvait une légère douleur au col, siége « du rétrécissement. On essaya d'introduire une baleine très-« flexible, garnie à son extrémité d'une petite éponge entourée « de linge; mais on ne put franchir l'obstacle, et l'on déchira, « à ce qu'il paraît, l'œsophage. Il survint des accidents inflam-« matoires avec impossibilité absolue de rien avaler, et la ma-« lade succomba. Un foyer gangréneux s'était formé au cou ; « il fut ouvert, et la matière épongée laissa voir une ouverture « de 6 à 7 millimètres de long, pénétrant dans l'œsophage à sa « moitié latérale gauche, à 5 centimètres au-dessous de l'os « hyoïde. Cette ouverture semblait être le résultat d'une dé-« chirure faite de dedans en dehors. L'œsophage, au-dessus et « au-dessous, paraissait comme aplati et collé par l'adhérence de « ses parois internes. L'air, poussé fortement par la partie infé-« rieure du canal, n'a pu franchir que difficilement l'obstacle « pour sortir par l'ouverture, et une sonde boutonnée très-fine, « introduite par cette même ouverture, n'a pu pénétrer dans la « portion descendante de l'œsophage qu'en écartant avec force « les points d'adhésion. » (*Rec. périod.*, t. VII, p. 194.)

L'œsophagotomie, proposée par Stoffel et pratiquée par Taranget, au-dessous de l'obstacle, eût peut-être été exécutable ; mais cette opération eût été rendue très-difficile par le siége de l'obstacle qui était fort bas ; et si l'on songe à la profondeur de l'œsophage dans ce point, et aux organes si délicats et si importents qui l'environnent, on jugera, je crois, la gastro-stomie très-préférable.

Marquet a rapporté l'histoire d'une femme qui mourut de faim par suite d'un rétrécissement œsophagien, et qui avait été réduite de 160 livres à 27. (Marquet, *Traité pratique d'hydropisie*, 1770, in-8°, p. 171, cité par M. Velpeau, *Dict. de médecine.*)

Bouvart a publié l'observation d'une malade, qui ne put rien avaler pendant deux mois et qui prolongea ses jours à l'aide de lavements nourrissants, mêlés de vin d'Espagne et quelquefois de thériaque. (Paris, 1744, *Répert.* de Reuss.)

Christophe de Helwig a donné un autre exemple de rétrécissement mortel sous le titre suivant : *De impedita* (*chronica*) *Deglutitione* (*lethali*) *cum aliis symptomatibus* (*Ephem. acad. cur. nat.*, cent. 5 et 6, p. 93.)

« Une femme, âgée de 50 ans, se présente atteinte depuis plus « d'un an de dysphagie. La déglutition des aliments solides était « impossible, celle des liquides s'opérait encore, mais avec une

« certaine peine. Le rétrécissement œsophagien, bien que très-
« notable, était cependant bien moins considérable que ceux
« qu'on rencontre souvent dans certaines dysphagies spasmodi-
« ques. Des vésicatoires avaient été appliqués sur la région cer-
« vicale sans résultats. La santé se maintenait d'ailleurs assez
« bonne.

« Le cathétérisme fut pratiqué à l'aide d'une éponge, fixée à
« une baleine et avec les plus grandes précautions. On put bien-
« tôt franchir le rétrécissement et introduire des éponges d'un
« volume plus considérable ; mais il restait au niveau de l'œso-
« phage une douleur continue. On sentait, à travers la peau, les
« parois du tube membraneux notablement épaissies. Bientôt la
« salive et l'haleine de la malade devinrent d'une repoussante
« fétidité; l'éponge, quand on la retirait, avait la même odeur
« et était couverte de sanie ; on dut alors suspendre le cathété-
« risme. La dysphagie continua, et quelques mois après, l'alté-
« ration de l'œsophage faisant des progrès, la malade suc-
« comba. » (*Bullet. de thérapeut.*, p. 450, année 1846, t. XXXI.)

Quoique cette observation soit très-incomplète, elle ne laisse néanmoins aucun doute sur les fâcheux effets du cathétérisme, qui augmenta l'inflammation, irrita l'œsophage et dut à la fin être suspendu. Tout le monde sait que la simple introduction d'une éponge suffit fréquemment pour faire saigner la muqueuse œsophagienne, et, dans le cas où cette membrane est déjà altérée, les inconvénients sont beaucoup plus graves ; aussi vit-on se former de la sanie et apparaître une fétidité insupportable qui n'existait pas auparavant. Ajoutez à ces effets l'action des efforts constants de la déglutition et le séjour prolongé des substances alimentaires dans le point malade, et vous comprendrez les rapides progrès de l'affection. La gastro-stomie n'eût peut-être pas déterminé une guérison complète, mais elle eût offert des conditions palliatives et conservatrices infiniment préférables.

Le docteur Gruère a publié dans le *Journal de médecine, chirurgie, pharmacie et médecine vétérinaire de la Côte-d'Or*, novembre 1846, l'histoire fort instructive d'un officier qui mourut de faim en subissant, comme le dit l'auteur, le supplice de Tantale.

« M...., lieutenant au train des parcs d'artillerie, âgé de 47 ans,
« d'un tempérament sanguin et d'une forte constitution, se plai-
« gnit, en 1842, d'une douleur obtuse au-dessus de l'épigastre, à
« la partie inférieure du sternum, douleur, qui, quoique conti-
« nuelle, se manifestait principalement et augmentait d'acuité
« lorqu'il mangeait. La langue était très-rouge et irritée à sa
« pointe ainsi qu'à son pourtour, la plus légère pression déterminait

« une forte douleur au-dessus de l'épigastre; du reste il y avait « de l'appétence, la fièvre était nulle. Je prescrivis au malade l'ap- « plication de quinze sangsues *loco dolenti*, que l'on devait laisser « couler longtemps, des cataplasmes, des boissons et un régime « adoucissants et l'abstinence des alcooliques, auxquels le malade « était très-adonné depuis de longues années. Les douleurs per- « sistèrent, surtout lors de la déglutition du bol alimentaire, « déglutition qui devenait chaque jour de plus en plus pénible, « et qui occasionnait de violentes douleurs lorsqu'il arrivait à la « partie inférieure du sternum. Cet état devint tel qu'à la fin de « la même année la déglutition était impossible, et que le ma- « lade était obligé de rendre, par un mouvement de régurgita- « tion, le bol alimentaire, lorsqu'il était arrivé à la partie infé- « rieure de l'œsophage, de sorte qu'il ne pouvait plus pénétrer « dans l'estomac.

« J'introduisis alors une sonde de gomme élastique dans « l'œsophage ; mais elle fut arrêtée par un empêchement insur- « montable à la partie inférieure de ce conduit, et il fut impos- « sible, malgré toutes les tentatives, de la faire pénétrer plus « avant. Je ne saurais dire si l'obstacle, qui défendait cette in- « troduction dans l'estomac, avait de la dureté ou de la mollesse; « mais, chaque fois que je voulais forcer cette introduction, la « sonde se recourbait, et je la retirais toujours alors imprégnée « à son extrémité de mucosités sanguinolentes.

« Dès cette époque, le malade ne put plus avaler que des ali- « ments liquides, qu'il fallait avoir la précaution d'ingérer en « petite quantité et avec beaucoup de difficulté dans l'estomac. « Dans cet état de choses, une consultation fut réclamée par la « famille ; je savais à quoi m'en tenir sur l'état du patient ; j'a- « vais porté un pronostic fâcheux. Je pensais qu'il existait à l'ori- « fice cardiaque de l'estomac une tumeur cancéreuse, peut-être « ulcérée, qui empêchait le passage des aliments. Le résultat de « la consultation fut qu'à l'aide d'une éponge, adaptée solidement « à l'extrémité de la sonde œsophagienne, on porterait de la « poudre d'alun sur le point du rétrécissement. Ce moyen fut « employé pendant quelques jours, et loin que le malade éprou- « vât du soulagement, la déglutition des aliments liquides de- « vint encore plus difficile. D'après l'avis des consultants, un « séton fut passé à la base du sternum, et l'amélioration ne fut « pas plus sensible.

« Dans les premiers jours de janvier 1843, le malade ne put « plus avaler de bouillon chaud ou tiède : il passait mieux lors- « qu'il était froid, ainsi que toute autre boisson à la même

« température. Le lait froid est bientôt le seul liquide qui puisse « pénétrer dans l'estomac; les gelées de viande ne peuvent plus « y parvenir. Je fais alors donner matin et soir un demi-lave- « ment de bouillon gras consommé qui est conservé. Ce régime « fut suivi pendant environ trois semaines; mais bientôt le ma- « lade ne put plus avaler le lait qu'à l'aide d'un chalumeau. Il n'y « avait pas de fièvre, il y avait encore du sommeil ; l'appétit était « très-vif, et M..., ne pouvant le satisfaire, éprouvait continuel- « lement le supplice de Tantale. Le 4 février 1843, le lait qui « avait été pris dans la journée fut vomi ; c'est alors que le ma- « lade se mit à l'eau de veau et de poulet, toujours avec le cha- « lumeau, seul moyen de déglutition possible ; mais la maigreur « n'en augmenta pas moins chaque jour, et ce militaire qui « était d'un tempérament sanguin, qui avait la figure très-colorée, « les joues pleines, le ventre développé, était devenu d'une mai- « greur extrême. Il n'avait plus de ventre, ses joues étaient en- « foncées, ses pommettes saillantes, pâles, à peine colorées. A « cette époque seulement la fièvre hectique se déclara ; l'éma- « ciation augmenta chaque jour, et le malade périt non-seule- « ment d'inanition, mais encore par suite du progrès de l'affec- « tion cancéreuse, le 16 mai 1843. »

L'autopsie n'ayant pas été pratiquée, nous sommes obligés de rester dans le doute sur la véritable nature du rétrécissement. La constitution du malade et les prodromes de son affection n'indiquaient nullement un cancer. La santé générale ne fut altérée que quinze jours avant la mort, et les souffrances de la faim avaient été longues et cruelles. Il est de toute évidence que la vie eût été prolongée, les douleurs calmées et la lésion arrêtée ou retardée dans son développement, si la nutrition eût été assurée, et qu'on eût prévenu toute irritation locale du siége du rétrécissement.

Ces résultats eussent été obtenus par la gastro-stomie, dont les avantages sont trop patents pour qu'il soit nécessaire d'insister.

Voici enfin un dernier fait tout récent, qui atteste à la fois le courage désespéré des malades et l'impuissance de l'art. On jugera, d'après de pareilles observations, si la gastro-stomie n'est pas appelée à constituer une ressource d'une inappréciable valeur, dans le traitement des rétrécissements œsophagiens infranchissables.

« Le baron de S., âgé de 68 ans, habitant le pays de Liége, « fut pris tout à coup, le 14 août 1844, pendant qu'il dînait, de « violentes quintes de toux qui le forcèrent à quitter la table. « La toux fut suivie d'efforts de vomissements, et du sang fut

« rendu avec les aliments non digérés. Depuis ce moment, il y « eut de la gêne dans la déglutition : les aliments semblaient « s'arrêter dans l'œsophage, et ne parvenir qu'insensiblement « dans l'estomac. La dysphagie augmenta rapidement, et au « mois de juillet 1845, les substances réduites en bouillie avaient « de la peine à passer. On observa alors qu'à certains jours et à « certaines heures les matières ingérées étaient, au bout de « quelque temps, repoussées dans la bouche par des efforts sem- « blables à ceux du vomissement. On reconnut qu'il existait « une poche œsophagienne au-dessus d'un rétrécissement de ce « conduit, situé au niveau du sternum. On remarqua encore que « certains liquides franchissaient mieux l'obstacle un jour que « l'autre, sans que l'on ait pu jamais constater la raison de ce « phénomène. MM. Lombard et Lavacherie voulurent pratiquer « le cathétérisme de l'œsophage, dans le double but d'injecter « des aliments liquides dans l'estomac, et de chercher à dilater « le point rétréci du conduit. Toutes les tentatives qu'ils firent « furent infructueuses ; elles étaient douloureuses et si irritantes « pour le malade, qu'il ne voulut plus s'y soumettre. Venu à « Paris, il fut de nouveau et sans plus de succès soumis au ca- « thétérisme. M. Leroy eut l'idée de porter dans l'œsophage une « canule creuse, qu'il conduisit au moyen d'une sonde et qu'il « engagea dans le point rétréci avec l'intention de l'y laisser à « demeure ; mais pour que cette canule restât inoffensive pour « le tube digestif, si elle venait à tomber dans l'estomac, elle fut « confectionnée en ivoire dépouillé de son phosphate de chaux « au moyen de l'acide nitrique. Les vives douleurs, provoqués par « la présence de ce tube, nécessitèrent des tentatives nombreuses « pour en opérer l'extraction, résultat qui ne fut pas obtenu. « M. Leroy résolut alors d'enfoncer la canule dans l'estomac, « espérant que, réduite comme elle l'était à sa partie géla- « tineuse, elle finirait par être digérée. Il n'en fut point ainsi, « et après son retour à Liége, le malade ne pouvait faire péné- « trer dans son estomac, et après des efforts inouis, que quelques « gouttes de liquide. Le cathétérisme, pratiqué de nouveau par « MM. Lombard et Delavacherie, leur fit reconnaître, à la hau- « teur du sternum, un obstacle insurmontable qu'autrefois ils « parvenaient à franchir. On était donc arrivé à ne plus pou- « voir nourrir le malade qu'au moyen de substances liquides in- « jectées dans le rectum ; mais il dépérissait rapidement et était « tourmenté par la faim. C'est alors que, dans le but de pouvoir « alimenter de nouveau le malade par le cathétérisme, et afin « de rendre ce dernier possible, M. Delavacherie pratiqua au-

« dessous du pharynx l'ouverture de l'œsophage. Le doigt porté « dans cette ouverture reconnut la présence de la canule intro- « duite à Paris par M. Leroy. Il fut aisé de l'extraire avec des « pinces à polypes. Dès le lendemain, du bouillon, du vin, pu- « rent être injectés dans l'estomac et purent même être ingérés « par la bouche ; les fonctions digestives reprirent leur cours, et « il y eut des évacuations alvines comme dans l'état de santé ; « c'étaient les premières garde-robes depuis cinq semaines. « Jusqu'au cinquième jour, les choses se passèrent fort bien. Ce « jour-là, à l'occasion du cathétérisme qui avait consisté à rem- « placer la première sonde par une autre plus volumineuse, un « accès de suffocation eut lieu. Le malade, qui se croyait dé- « sormais à l'abri de cet accident, en conçut un vif chagrin. Il « ne voulut plus entendre parler du cathétérisme, et après quinze « jours d'alimentation prise par le rectum, il finit par succom- « ber. Quelle était la nature de ce rétrécissement de l'œsophage? « L'autopsie n'ayant pas été faite, on ne peut établir à cet égard « que des conjectures. Tenant compte des violents efforts qui « ont marqué le début de cette affection, M. Delavacherie croit « qu'il faut l'attribuer à une rupture de l'œsophage et à une ci- « catrisation de ce conduit qui se serait trouvé rétréci. Cette « explication nous paraît peu admissible, et il est plus probable « qu'il s'agissait d'une dégénérescence organique fibro-squir- « rheuse. Nous insisterons sur le danger de l'opération tentée « par M. Leroy, qui tôt ou tard devait rendre le conduit plus « imperméable, comme cela est arrivé. L'auteur regrette que le « malade n'ait pas eu l'énergie suffisante pour se soumettre de « nouveau au cathétérisme. » (Fait communiqué à l'Académie de médecine de Bruxelles, le 28 septembre 1845. *Bull. gén. de thér. méd. et chir.*, 15 et 30 juillet 1846, et extrait du *Journ. des conn. méd.-chir.*, juin 1846.)

M. Delavacherie a répété, comme on le voit, l'opération conseillée par Stoffel et déjà pratiquée par Taranget. L'indication était seulement plus urgente, puisque l'extraction d'un corps étranger était devenue nécessaire. On comprend peu comment le malade put avaler des aliments par la bouche, nonobstant la la sonde œsophagienne introduite à demeure par la région cervicale ; mais la volonté immuable du malade, de ne plus se soumettre au cathétérisme par la plaie œsophagienne, montre assez combien ces tentatives furent pénibles et douloureuses.

La profondeur de l'œsophage au niveau de la partie inférieure du cou, l'épaisseur des parois de ce conduit, l'étroitesse de son diamètre intérieur, le voisinage de la trachée, des artères caro-

tides, des veines jugulaires, des nerfs pneumo-gastrique et trisplanchnique, et la proximité d'organes plus importants encore, si l'on se rapproche des clavicules, puisqu'on rencontre alors les veines sous-clavières, l'extrémité du canal thoracique à gauche, le sommet des poumons et les gros vaisseaux nés de la crosse de l'aorte, rendent nécessairement l'œsophagotomie, pratiquée dans ce point, très-périlleuse, et d'une extrême incommodité si l'on veut la faire suivre d'un orifice fistuleux permanent.

Nous aurons, au reste, l'occasion de revenir sur ces considérations, en comparant la méthode de Stoffel à celle que nous proposons.

Nous avons cité plus de cinquante exemples d'aphagie mortelle appartenant à l'une des quinze classes de rétrécissements œsophagiens et cardiaques, que nous avons admises. Nous eussions pu, sans beaucoup de peine, multiplier encore le nombre de ces faits, mais il nous a paru inutile d'insister sur les preuves d'une démonstration, portée au dernier degré de l'évidence. Nous ne conseillons pas la gastro-stomie, il nous faut le répéter, pour épargner aux malades les efforts et les douleurs d'une déglutition plus ou moins gênée, nous ne risquons nullement d'abréger leur vie; nous réservons cette opération pour les cas où la mort est prochaine, imminente, et considérée par tous comme inévitable.

La vie est condamnée; elle va s'éteindre, et c'est alors que nous offrons à l'art une nouvelle ressource, et aux malades le soulagement de leurs souffrances et une existence inespérée.

Les esprits les plus timorés ne sauraient se refuser à reconnaître l'importance d'un pareil résultat; mais on nous demandera combien de temps la vie, si heureusement rendue, pourra persister, et quels seront les bénéfices définitifs de l'opération? Les faits précédemment cités répondent à cette question.

Dans les cas d'altération complète, de rétrécissements fibreux, fibro-cartilagineux ou atrophiques, dans ceux de hernie de la muqueuse, d'anomalies congénitales ou de blessures, cas qui sont les plus nombreux parmi les exemples déjà signalés, les malades n'auront rien à redouter des progrès de leur affection, et leur alimentation étant assurée, ils pourront continuer à vivre pendant un temps indéterminé.

La gastro-stomie promettra des résultats également satisfaisants dans certaines plaies, ulcérations et ramollissements inflammatoires simples. Le repos de l'organe, délivré des irritations incessantes, qui provoquaient les efforts de la déglutition et l'arrêt des substances alimentaires, deviendra un des moyens

les plus sûrs de la guérison. On comprend d'ailleurs que le traitement des polypes et de certaines coarctations offrirait d'autant plus de probabilités de succès, qu'il ne serait pas à chaque instant entravé par les nécessités de la nutrition.

Nous réunissons, dans une deuxième catégorie, les rétrécissements dont les progrès doivent, à une époque plus ou moins éloignée, devenir mortels, tels que le cancer et ceux dont la nature reste inconnue. Le chirurgien se décide à opérer, s'il espère prolonger la vie et adoucir les derniers moments de ses malades. Il s'abstient, si aucune chance favorable ne lui est offerte, et évite de compromettre, par une opération inutile, l'humanité, l'art et sa propre réputation.

---

17. *Sur la hernie traumatique du testicule, compliquée d'adhérences, et sur les indications qu'elle présente*; par M. Malgaigne.

(Revue médico-chirurgicale, février 1847.)

Obs. I.—*Kyste multiloculaire du cordon ; ablation; hémorrhagie; gangrène du tissu cellulaire; issue du testicule; opération pour le remettre en place.*—Je fus consulté le 25 juillet 1845 par M. F..., notaire à Luxembourg, âgé d'environ 60 ans, pour une hernie inguinale du côté gauche qu'il portait depuis longues années, et qui, depuis peu, s'était compliquée d'une petite pointe de hernie à droite. Aucun des bandages, qu'il avait achetés ou fait faire exprès dans son pays, n'avait pu maintenir la hernie gauche qui avait acquis le volume du poing, et il était obligé de la faire rentrer quinze à vingt fois par jour.

A l'examen, je trouvai tout à fait au bas du scrotum, à gauche, une tumeur du volume du testicule, et que je jugeai de prime abord être cet organe; puis, un peu au-dessus, une seconde tumeur du volume d'un œuf de poule, adhérente à la première, ovoïde, causant par son poids une sensation de douleur que le malade confondait avec celle de la hernie. Il en faisait remonter corigine à deux ans environ; plusieurs médecins de Luxembourg l'onsultés l'avaient prise pour un troisième testicule. La hernie, située au-dessus, tout à fait distincte, rentrait avec facilité; mais la saillie de la tumeur, en déviant les pelottes en dehors, avait certainement contribué à rendre la contention difficile.

Qu'était-ce que cette tumeur? On pense bien que l'idée d'un troisième testicule ne m'arrêta pas même un instant; il importait de savoir où était le testicule véritable. La pression, indolore sur la tumeur supérieure, très-douloureuse sur l'autre, résolut cette petite difficulté. Très-probablement il s'agissait d'un hydrocèle du cordon; mais je fus assez surpris de n'y trouver à la bougie

aucune transparence. Un coup de trocart compléta le diagnostic; il sortit une quantité assez considérable de sérosité, et la tumeur s'affaissa d'autant, cependant en gardant un volume encore notable. J'en conclus que les parois avaient une grande épaisseur ; mais l'origine devait dès lors être moins récente. En effet, madame F... vint en aide aux souvenirs de son mari, et rapporta à douze années la première apparition d'une tumeur en cet endroit.

Je fus d'avis d'attaquer cette tumeur, tout à la fois pour en débarrasser le malade et pour assurer la facile contention de la hernie; mais à quel procédé devait-on avoir recours ? La présence de la hernie, une sorte de toux habituelle, dont le malade était tourmenté, me portaient à préférer l'injection ; la dureté des parois de la tumeur semblait rendre l'excision indispensable. Tout bien considéré, je résolus d'essayer, avant tout, la première, et, si elle ne suffisait pas, de revenir à la seconde : on va voir que ni l'une ni l'autre ne put réussir.

Le 30 juillet, tout étant préparé, je commençai par plonger le trocart dans la tumeur, qui avait à peu près repris son volume primitif ; à mon grand étonnement, il ne sortit pas plus de dix à douze gouttes de sérosité. Un deuxième coup de trocart porté plus haut ne réussit pas mieux ; dès lors, il était à présumer qu'il existait un kyste multiloculaire, et immédiatement je procédai à une incision longitudinale.

Mais, bien que cette première incision fût assez profonde, elle n'entama aucune poche séreuse; un deuxième coup de bistouri n'arriva pas davantage ; et la portion divisée de la tumeur semblait formée d'un tissu rouge-vif, ayant quelque analogie avec le tissu musculaire. Je fendis alors résolument la tumeur jusqu'au centre, et je tombai sur une multitude de locules séreuses de capacité très-médiocre, une autre, beaucoup plus grande, et qui était sans doute celle que j'avais ponctionnée quelques jours auparavant, ne contenait que peu de sérosité. Les parois de ces locules étaient assez minces vers le centre; mais l'enveloppe du kyste, dure, blanche et cartilagineuse en dedans, rougeâtre en dehors, comme si le crémaster en eût fait partie, avait de 6 à 8 millimètres d'épaisseur. J'en enlevai d'abord la moitié supérieure; j'énucléai le reste qui adhérait au testicule, et, à coup de ciseaux, je l'extirpai en respectant la glande séminale; mais la tunique vaginale fut largement ouverte.

Je m'arrêterai ici pour faire remarquer combien le diagnostic différentiel est difficile dans ces sortes de tumeurs. La première ponction fut heureuse, et me fit reconnaître un hydrocèle ; les

deux autres me conduisirent à l'idée d'un kyste multiloculaire ; mais si, le premier jour, deux coups de trocart successifs n'eussent donné issue qu'à quelques gouttes de sérosité, manifestement j'aurais dû conclure que la tumeur était presque entièrement solide. Mais je reviens.

Le sang coulait abondamment ; j'avisai et je liai une artère qui me parut être l'artère spermatique : après quoi il ne resta plus qu'un suintement modéré, paraissant venir de toute la plaie.

Je plaçai un aide à demeure pour surveiller ce suintement, et je laissai en conséquence la plaie à découvert.

J'avais quitté le malade à midi ; à trois heures je revins, et le trouvai avec d'atroces douleurs, le scrotum énormément gonflé de sang, la hernie sortie de l'anneau et accroissant encore le volume ; enfin le sang coulant abondamment à l'extérieur, je fis rentrer la hernie, je débarrassai le scrotum des caillots qui le distendaient ; mais le suintement continuait toujours, et, malgré un agrandissement assez notable de la plaie vers la racine du scrotum, je ne pouvais en découvrir l'origine. J'établis alors une compression sur le canal inguinal, d'abord à l'aide des doigts, et, peu après, avec un bandage herniaire anglais armé d'une pelotte mobile ; le sang s'arrêta en effet, mais la pression de la pelotte réagissait sur le testicule et le faisait sortir par la plaie. Je le reportai à l'intérieur et l'y maintins en rejoignant la partie inférieure de l'incision par un point de suture. Un aide fut chargé de surveiller le retour de l'hémorrhagie pendant la nuit ; mais la précaution fut inutile.

Le lendemain 31 juillet, tout allait à merveille ; le malade avait dormi, le scrotum n'était point tuméfié ; il n'y avait ni fièvre ni douleur. Le soir, le malade accusa une certaine douleur ; je trouvai que le scrotum, que j'avais soutenu élevé sur une pelotte de linges, avait glissé et pendait entre les cuisses ; il était aussi fortement tuméfié ; je le relevai avec soin, la douleur cessa et la nuit fut bonne.

Le 1er août, le gonflement était moindre ; ni douleur ni fièvre, sueur abondante ; mais pas d'appétit. Il n'y avait aussi ni suppuration ni écoulement de sérosité.

Le 2, un peu de sérosité s'écoula par la plaie, sans trace de pus.

Le 3, en comprimant un peu le scrotum pour favoriser l'issue de la sérosité, je fis sortir quelques bulles d'air, mais sans odeur et avec une sérosité aussi claire que la veille. Dans la nuit qui suivit, on me dit que le malade avait été fort agité et même avait eu un peu de délire. Cependant, le 4 au matin, il n'en restait

aucun vestige : le malade était gai, causait librement, n'avait ni fièvre ni douleur ; seulement, pas d'appétit et pas de suppuration. J'attribuai le délire à quelque fatigue éprouvée en causant avec de trop nombreux visiteurs, et peut-être aussi au développement d'un abcès dans le scrotum ; je fis donc interdire les visites et mettre des cataplasmes.

La journée n'offrit rien de remarquable, sinon que le malade supportait impatiemment ses couvertures et remuait beaucoup dans son lit ; mais cette mobilité paraissait tenir à son caracière vif et impatient du repos. La nuit, il délira encore, mais beaucoup moins que la nuit précédente. Je jugeai que le délire était nerveux, et prescrivis une potion opiacée qui fut très-bien supportée.

Le 5, il était un peu plus calme, mais ausi semblait plus affaissé. La toux, qui avait cessé immédiatement après l'opération, venait de reparaître plus intense, avec une respiration gênée et bruyante ; et le pouls était accéléré. Rien de changé du côté du scrotum : pas de pus, toujours de la sérosité avec de rares bulles d'air inodore, et nulle sensation de fluctuation nulle part. Il s'était bien trouvé de sa potion et en réclamait une autre qui fut accordée.

Cette invasion de la toux me causa de vives alarmes, surtout avec la marche inusitée de la plaie du scrotum. Cependant, à l'examen, je trouvai les poumons et les plèvres libres ; c'était une simple recrudescence de l'ancienne toux, et d'abondantes sueurs la diminuèrent dès le second jour, et me délivrèrent de toute crainte de ce côté. Je pus donc donner quelques bouillons, qui passèrent très-bien.

Mais, du côté du cerveau, les phénomènes continuaient. Le malade délirait la nuit, rêvassait le jour, bien qu'à une interpellation formelle il parut reprendre toute sa connaissance. Madame F. . . désira une consultation, et je me réunis le 7 à MM. Amussat et Lisfranc.

Le pouls était à 70, plein sans trop de force ; la moiteur abondante ; la langue nette et humide ; le ventre indolore ; de douleur nulle part. Le scrotum dans le même état ; mais la peau de la partie inférieure était un peu amincie ; la sonde cannelée pénétrait par la plaie presque jusqu'en ce point. On présuma qu'il y avait rétention, et, par suite, résorption du pus ; on décida qu'il fallait couper la suture et débrider largement le fond de la plaie, au risque de voir le testicule sortir au dehors ; panser plusieurs fois le jour, et favoriser l'écoulement du pus. On avait songé à procurer des selles ; mais, deux heures après la con-

sultation, le malade eut une évacuation copieuse et de la meilleure nature. (*Potages et bouillons.*)

Je débridai comme il avait été dit. Je ne trouvai pas de pus ; mais à peine un suintement séreux avec un peu de gaz, et le tissu cellulaire gangrené. Deux artérioles menaçaient de donner beaucoup de sang ; après avoir vainement essayé de les saisir dans le tissu cellulaire engorgé, je fis appliquer dessus une éponge maintenue par un aide ; et deux heures après, l'éponge put être enlevée sans qu'il s'écoulât une goutte de sang. J'enlevai le bandage herniaire, qui peut-être comprimait trop les veines.

Le 8, la nuit avait été meilleure, mais le délire persistait par moments. On agita entre les consultants la question de savoir s'il fallait débrider encore ; mais comme, pour mettre à nu le fond du scrotum, il eût fallu inciser en haut, en bas, en dedans et en dehors, il fut décidé qu'on se contenterait de rompre avec le doigt les adhérences très-faibles du testicule avec le fond de la plaie ; puis faire des injections de décoction de quina et introduire des mèches.

Le 11, quelques points rouges apparaissent sur le testicule dénudé et sorti à travers la plaie.

Le 12, une grande partie de la plaie extérieure est détergée ; cependant les nuits sont encore un peu agitées.

Les jours suivants, l'agitation et le délire cessèrent peu à peu, l'appétit revint : le malade fut transporté dans une chambre plus claire ; enfin, le fond du scrotum était absolument détergé, mais le testicule restait couvert d'une couche blanchâtre qui s'en allait par pédicules. Je remplaçai le quina par des cataplasmes de farine de lin, et bientôt par du cérat. La tuméfaction du scrotum avait disparu, et il avait repris sa flaccidité naturelle ; mais en même temps la surface suppurante, allant se rétrécessissant, tendait à rejeter le testicule au dehors. Fort inquiet de cette tournure inattendue, je pris conseil de nouveau de MM. Amussat et Lisfranc. M. Amussat n'avait pas rencontré de cas analogue ; mais M. Lisfranc assura qu'il n'y avait rien à craindre, et qu'à mesure que les bourgeons charnus recouvriraient le testicule, ils attireraient les bords du scrotum, et que l'organe finirait par être entièrement recouvert.

Cependant, de jour en jour la hernie du testicule se faisait plus complète, et il devint bientôt évident que la réduction n'en serait jamais opérée par la nature seule, et qu'il fallait mettre en jeu les ressources de l'art. Mais là était la difficulté ; et à quoi fallait-il se résoudre ?

J'essayai d'abord de comprimer le testicule avec une petite

gouttière de carton sur laquelle je ramenais les bords du scrotum à l'aide de bandelettes agglutinatives ; mais cela n'aboutissait qu'à ramener la peau en avant des bords de la plaie, retenus en arrière par de fortes adhérences.

Il y avait un trajet fistuleux qui remontait fort loin au côté interne du cordon ; le 20, un petit abcès s'ouvrit dans la plaie au côté externe, et comme les tissus voisins se laissaient déchirer sous le doigt, je songeai à profiter de cette circonstance pour dégager les bords de la plaie de leurs adhérences, les ramener sur le testicule et les rejoindre par suture.

J'étais cependant assez indécis. Le testicule commençait à se revêtir de bourgeons charnus sur les côtés ; mais en avant il était encore recouvert d'une couche blanche épaisse, ramollie, résultant de la gangrène de la couche externe de la membrane albuginée. Si j'eusse attendu la détersion complète, la réunion par suture eût eu de bien plus belles chances, et peut-être aurait-on pu l'espérer immédiate. Mais, d'un autre côté, je ne savais combien de temps serait nécessaire à cette détersion ; durant ce temps, les bords de la plaie risquaient de se cicatriser à part, et déjà la cicatrice était commencée ; en opérant plus tôt, j'avais moins de dégât à faire pour détruire les adhérences, et je pouvais espérer la réunion des parties détergées du testicule, en attendant la détersion du reste. Enfin, et c'était un très-grand point, le moral du malade ne laissait pas d'être affecté de voir ce testicule au dehors, et d'avoir en perspective une opération inévitable. Je me décidai donc à opérer le 21, et je dois dire que, dans la nuit qui précéda l'opération, le malade ne dormit pas et eut même quelques hallucinations.

L'opération fut plus cruelle que je n'avais pensé. Dès la veille, pour aviver les bords en partie cicatrisés, je les avais touchés avec le nitrate d'argent; mais il s'agissait de les amener en contact. Je déchirai les parois de l'abcès ouvert la veille; cela ne suffit pas. Je divisai à coups de ciseaux toutes les brides allant du testicule au scrotum, et j'essayai alors de passer une, deux et trois épingles. Je réussis à grand'peine, mais la tension était extrême ; le malade souffrait de la pression ; je divisai les fils de l'une des épingles, et je vis que le corps de l'épingle s'était fortement imprimé sur le testicule. Dès lors mon parti fut pris; les trois épingles ôtées, je divisai la face interne du scrotum avec le bistouri en haut, en bas, sur les côtés, autant qu'il me parut nécessaire, et j'arrivai ainsi à placer quatre épingles sans trop de traction, et surtout sans pression exagérée du testicule. Le malade déclara

que les incisions lui avaient été beaucoup moins douloureuses que les piqûres.

Tout le testicule était recouvert. En haut, j'avais laissé un orifice suffisant pour livrer passage au pus des deux abcès ; en bas, un autre orifice pour l'écoulement du sang, du pus, et du détritus gangréneux. Je passai partout des bandelettes de linge cératées, et j'en mis deux notamment entre la surface gangrénée du testicule, et la peau rapprochée par les épingles. L'écoulement du sang ne fut pas considérable.

Je revis le malade deux fois ce jour-là, et renouvelai le soir les bandelettes. Tout alla mieux que je n'aurais espéré ; il y eut du sommeil dans la journée et presque toute la nuit. Le 22 au matin, le gonflement ne dépassait pas la portion de peau comprise dans la suture ; je fis des injections à grande eau, passai des bandelettes, et soutins ma suture par des bandelettes agglutinatives faisant une fois et demi le tour du scrotum.

Le 23, une partie des épingles avait déjà coupé les chairs, mais tout se présentait au mieux, et je pus permettre au malade de se lever le 24. Le recollement s'opéra facilement sur les côtés ; en haut, il restait une fistule qui plongeait en arrière du cordon ; la compression avec la pointe d'une pelote herniaire en opéra le recollement en quarante-huit heures. La portion la plus saillante du testicule était seule encore un peu à nu ; mais les progrès de la cicatrice y ramenaient la peau du scrotum, et il n'y avait aucun motif de crainte quand le malade quitta Paris, le 5 septembre, pour retourner à Luxembourg.

Tout d'abord les fatigues du voyage, et un peu aussi celles du retour dans sa famille et parmi ses clients, arrêtèrent la cicatrisation sans cependant la faire rétrograder, et le moral s'en ressentit. Je le reconfortai par lettres, et, le 10 novembre, il m'écrivait que la plaie était fermée depuis longtemps ; la hernie était maintenue facilement par le bandage, la toux avait disparu, et il s'applaudissait de son nouvel état.

Je ne veux pas revenir sur l'affection primitive, non plus que sur les détails de l'opération qui en débarrassa le malade ; mais je ne saurais rendre la perplexité qui m'agita plusieurs jours, lorsque je vis le testicule de plus en plus expulsé du scrotum par le rétrécissement graduel de la plaie. Boyer, le seul auteur où j'aie trouvé quelque chose qui se rattache à ce sujet, est singulièrement optimiste. D'abord, à l'article *des plaies du scrotum*, il déclare que *leurs symptômes ne présentent rien de particulier* ; et que *leur traitement rentre dans ce qui a été dit des plaies en*

général. Plus loin, cependant, à l'occasion de l'incision appliquée à la cure de l'hydrocèle, il ajoute :

« *Il arrive aussi quelquefois que les enveloppes du testicule se retirent en arrière, l'abandonnent presque entièrement et le laissent à nu. Alors, la surface de cet organe se recouvre de bourgeons charnus, qui deviennent la base d'une pellicule mince qui tient lieu de téguments.* »

Voilà tout ce qu'il dit, et cela me paraît très-bref, je l'avoue. D'où tenait-il, cependant, ces notions sur la cicatrisation de la surface du testicule? Mes recherches, à cet égard, ont été infructueuses ; et, probablement, c'est un fait qu'il avait rencontré dans sa pratique ou dans la pratique des autres. Mais ce fait a une importance qui méritait mieux que la courte mention qu'il lui a accordée ; et, d'après la tournure que prenaient les choses sur mon malade, je ne sais si jamais une opération chirurgicale a entraîné une conséquence plus fâcheuse, une difformité plus choquante et plus gênante à la fois que cette hernie du testicule.

J'étais donc fort mal édifié de la légèreté avec laquelle Boyer traite cette affaire, quand je pris l'avis de M. Lisfranc. Cet avis était bien de nature à me rassurer ; cependant, il était un peu en contradiction avec le dire de Boyer ; il était en contradiction bien plus formelle avec ce que j'observais chaque jour sur mon malade.

Que les chirurgiens se tiennent donc pour avertis que, dans les cas de ce genre, les progrès de la cicatrisation achèvent d'expulser le testicule au lieu de le faire rentrer ; et, s'ils veulent m'en croire, qu'ils ne s'exposent pas à obtenir la formation de cette pellicule cicatricielle sur le testicule émigré hors du scrotum.

Il n'y a qu'une ressource unique, une opération. Il faut disséquer le scrotum, y creuser, avec le bistouri, une place pour le testicule, y réduire celui-ci de vive force, et le maintenir à l'aide de sutures.

C'est une ressource bien grave, cependant, qu'une opération de ce genre, pour un accident qui semblait d'abord si léger. Je le sais, et c'est pourquoi j'hésitais à y soumettre mon malade ; pourquoi j'essayais tour à tour la compression, les bandelettes agglutinatives, moyens illusoires, qui font perdre le temps sans résultats. C'est aussi une puissante raison, pour le chirurgien, de se tenir en garde contre la hernie du testicule, de s'y opposer dès le début, de ne pas ménager les sutures. Le malade ne saurait qu'y gagner.

Cette observation fit une grande impression sur moi, et, après

l'avoir mûrement méditée, j'en tirai une règle de conduite que j'ai eu occasion d'appliquer une fois depuis. Voici ce second fait.

Obs. II. — *Gangrène traumatique du scrotum avec issue du testicule gauche; opération pour le remettre en place; guérison rapide.* — Le 23 novembre 1845, le nommé Buchot, âgé de 29 ans, mécanicien, tomba à califourchon sur un soliveau d'une hauteur de 6 pieds. La douleur qu'il éprouva fut si forte qu'il perdit connaissance; et quand il revint à lui, une demi-heure après, il s'aperçut qu'il avait au côté gauche du scrotum une plaie verticale de 3 à 4 centimètres. Il ignore si la plaie était bien profonde, mais il s'en écoula beaucoup de sang. Du reste, elle fut cicatrisée au bout de huit jours, et le malade put reprendre ses travaux, et même se livrer au coït.

Mais, dix jours après, il ressentit dans ce côté du scrotum de vives douleurs qu'exaspéraient la marche et les frottements du testicule; la peau se tuméfia, devint rouge, puis noirâtre dans l'étendue de 2 centimètres, et finit par s'ulcérer en laissant échapper du pus et de la sérosité sanguinolente. Le lendemain, le testicule passa à travers cette ouverture, et le malade effrayé se décida, le 23 décembre, à entrer dans mon service à l'hôpital Saint-Louis.

Le testicule était à nu, recouvert par une couche filamentuese blanchâtre qui me parut tenir, comme dans le cas précédent, à la gangrène superficielle de la tunique albuginée. Il était plus volumineux que l'autre, et mesurait 5 centimètres et demi de diamètre vertical sur 3 centimètres et demi de diamètre transversal. Le malade disait d'ailleurs que cet accroissement de volume était déjà ancien et remontait à un effort qu'il avait fait cinq ans auparavant.

Je vis du coup à quoi j'avais affaire, et voulant avant tout agir sur des tissus sains, je m'occupai de déterger les surfaces gangrenées et les fis recouvrir de cataplasmes émollients. Il fallut quinze jours pour obtenir une détersion complète; et voici dans quel état le sujet se trouvait le 8 janvier. Toute la surface du testicule était recouverte de bourgeons charnus, réunis en plusieurs mamelons et séparés par des sillons de profondeur variable, mais au total d'un excellent aspect. Le testicule tout à fait en dehors du scrotum, qui adhérait à sa racine en dehors, en arrière et en bas, restant seulement un peu décollé en dedans. Plus de gonflement; la peau du scrotum ainsi rétractée en arrière du testicule était libre et flasque. Le cordon était plus gros que celui du côté droit, mais la pression n'y déterminait aucune douleur. Du

reste, le malade dort bien, mange avec appétit et exécute toutes ses fonctions d'une manière satisfaisante. J'arrêtai donc l'opération pour le lendemain.

Un aide ayant saisi le testicule et le portant en dedans, j'attaquai avec le bistouri les adhérences du scrotum à la racine du testicule en bas et en dehors. Arrivé au delà des tissus indurés qui constituaient ces adhérences, je portai le doigt indicateur dans le tissu cellulaire, et j'y creusai sans difficulté une poche capable de recevoir le testicule. Celui-ci se trouvant à peu près isolé de toutes parts, et pendant seulement à son cordon, je le repoussai en arrière dans la poche que je lui avait creusée, ce qui ne put se faire toutefois sans détruire encore quelques brides qui avaient résisté en arrière. Les bords du scrotum furent ramenés par-dessus lui en avant, et maintenus en étroit contact à l'aide de trois points de suture entortillée. Je n'appliquai sur la tumeur ni linge cératé ni charpie; je fis relever les bourses avec une compresse longuette fixée à une ceinture, et appliquer des cataplasmes émollients toutes les trois heures. (*Potages*).

L'opération avait été assez douloureuse, mais prompte et sans difficulté.

Le soir, à quatre heures, le malade est bien; point de fièvre ni de douleur dans l'aine; il est allé à la selle et a uriné; il demande à manger.

Le 10 *janvier*. — Il a beaucoup souffert cette nuit; il a eu plusieurs frissons suivis de chaleur et de sueur; il n'a pas dormi; le scrotum est tuméfié et douloureux. Pouls à 92.

Le soir, il est beaucoup mieux que le matin; il a dormi dans la journée; le pouls est descendu à 80.

Le 11, il a dormi cette nuit; le scrotum est beaucoup moins tuméfié qu'hier et peu douloureux; point de douleur dans le ventre ni sur le trajet du cordon. Pouls à 74; appétit (*Potages*).

Le 12, les épingles commencent à ne plus tenir, mais les bords de la plaie ne tendent point à s'écarter. Une petite quantité de pus sort par la partie inférieure. Le malade a bien dormi cette nuit. (*Une portion*).

Le 13, on enlève les épingles et on comprime la tumeur pour faire sortir le pus qu'elle renferme. Les bords de la plaie sont tenus rapprochés à l'aide de bandelettes de diachylon qui se fixent sur les aines; on soulève les bourses avec une compresse longuette fixée à la ceinture, et sous laquelle on place quelques compresses destinées à comprimer légèrement le scrotum et à favoriser le rapprochement de ses bords. L'état général est excellent. (*Deux portions.*)

Le 14, un peu de pus s'échappe par la partie la plus déclive quand on comprime les bourses ; les adhérences qui existaient au niveau des points de suture ne sont pas détruites. On réapplique des bandelettes de diachylon comme hier.

Le 15, le malade a souffert beaucoup cette nuit, et il a été obligé d'enlever les bandelettes qui comprimaient trop fortement ; ce matin, le scrotum est douloureux, et il s'en échappe plus de pus qu'hier. Appétit conservé ; point de fièvre ni de douleur sur le trajet du cordon. On supprime les bandelettes. Cataplasmes et charpie dans les trajets fistuleux.

Le 17, il a souffert beaucoup cette nuit, et n'a pas fermé l'œil. Il accuse une douleur très-vive en arrière et en bas du scrotum gauche ; on sent là, en effet, une petite tumeur fluctuante. J'y donne un coup de bistouri, et il en sort une cuillerée à café de pus bien lié. Les bords de la plaie sont tenus écartés avec de la charpie. (*Cataplasmes; une portion.*)

Depuis lors, le malade ne ressentit plus aucune douleur. L'abcès ne tarda pas à se fermer ; la plaie du scrotum marcha rapidement à cicatrisation, et il n'en restait plus qu'un petit point fistuleux à sa partie supérieure quand le malade réclama sa sortie le 27 janvier. On sentait alors le scrotum adhérent à la face antérieure du testicule, maintenu par cette adhérence plus en haut et en avant que celui du côté sain. Il ne restait d'ailleurs aucune espèce de douleur.

Ici, comme on voit, ayant trouvé le testicule à nu, je m'en mis peu en peine, et préférai le laisser au dehors pour en hâter la détersion complète, avant d'en venir à l'opération. Je ne voudrais pas, cependant, en faire un précepte général ; et quelquefois il y aura quelque avantage à procéder plus tôt à la réduction, ne fût-ce que pour raffermir le moral du malade, comme dans ma première observation.

---

18. *Sur les amputations doubles simultanées; observation et réflexions;* par le docteur Brouzet, de Nîmes, chirurgien de la compagnie des mines de la Grand'-Combe et des chemins de fer du Gard, etc.

(Gazette médico-chirurgicale, février 1847.)

Obs. — *Broiement des deux jambes par les roues d'une locomotive ; amputation double simultanée ; guérison le trente-sixième jour.* — Le 24 novembre 1846, à cinq heures du matin, un affreux accident arriva à l'embranchement des chemins de fer de Montpellier et de Beaucaire. Un jeune mécanicien, âgé de vingt ans, nommé Toulouse, venait d'accrocher des wagons à houille, lors-

qu'il fut surpris par une locomotive lancée avec une vitesse moyenne; le tampon l'atteignit à la poitrine, le renversa en travers de la voie de fer, et les roues lui broyèrent les jambes.

Ses camarades épouvantés et n'ayant pas le courage de lui donner des soins, coururent à Nîmes pour demander des secours. Je me rendis sur les lieux en toute hâte; je trouvai ce malheureux baigné dans son sang. Après avoir exercé une compression méthodique sur les artères crurales, je le fis placer sur un brancard et transporter à son domicile.

Là, il me fut plus facile de juger de la gravité de ses blessures. Les deux articulations tibio-tarsiennes étaient fracassées et entre-ouvertes; les os des pieds et de l'extrémité des jambes étaient pour ainsi dire moulus; des esquilles s'enfonçaient dans les parties molles, qui étaient meurtries et contuses, avec déchirement des tendons, des nerfs et des aponévroses. En outre de ces désordres, il y avait lésion des artères principales, dont l'hémorrhagie, continue malgré la compression, allait devenir promptement mortelle.

Bien convaincu que la vie ne pouvait reprendre ses droits dans des tissus complétement désorganisés, je pris sur-le-champ la résolution d'amputer les deux jambes. Mon malheureux malade, en victime résignée, acquiesça à tout ce que je jugerais convenable. En conséquence, dès que le jour parut, je pratiquai cette double amputation au tiers moyen, en commençant par la jambe gauche, afin d'avoir plus de liberté pour amputer la droite.

Après avoir pratiqué l'incision circulaire de la peau, et avoir disséqué les téguments à une hauteur convenable, lorsque je voulus les relever en forme de manchette, j'éprouvai une difficulté insurmontable, parce que le mollet était très-volumineux et la jambe très-fine; je fus donc obligé d'inciser le bord libre de la manchette cutanée pour la faire remonter jusqu'au point où je me proposais de couper les muscles.

Le reste de l'opération s'acheva avec rapidité. Je liai les artères avec le plus grand soin, afin d'obtenir une réunion immédiate aussi parfaite que possible. Trois ligatures furent portées sur la jambe gauche et quatre sur la droite. J'éprouvai quelque peine à faire la ligature des artères tibiales antérieures qui s'étaient fortement rétractées. Du reste, j'amputai la jambe droite immédiatement après la gauche et de la même manière, avec l'attention de la couper au niveau de l'autre par rapport à l'équilibre.

Enfin, les plaies étant bien nettoyées avec une éponge fine imbibée d'eau tiède, je ramenai la peau sur leur surface, et je l'ajustai exactement en la maintenant avec des bandelettes de spa-

radrap. (*Diète, potion calmante, tisane d'orge, application sur les moignons de linges trempés dans l'eau froide.*)

Depuis que je me livre à la pratique de la chirurgie, je n'ai pas fait une opération aussi heureuse dans ses suites que celle dont je raconte l'histoire en ce moment. Je n'ai eu, en effet, à combattre aucun des accidents consécutifs qui accompagnent ordinairement les amputations et mettent en danger la vie des opérés, tels que l'hémorrhagie, le gonflement des moignons, l'abondance excessive de la suppuration, la phlébite, les douleurs violentes, l'état spasmodique, etc. Les deux plus grands ennemis, contre lesquels j'ai eu à lutter, furent la pluie et le froid. Le jeune Toulouse, appartenant à une famille pauvre, était logé sous le toit; j'eus beaucoup de peine à le préserver de la pluie, qui tomba par torrents pendant huit jours. A ces pluies abondantes succédèrent la neige et une température rare dans nos contrées, puisque le thermomètre descendit jusqu'à 7 degrés.

Malgré la rigueur de la saison, la guérison complète a été obtenue en trente-six jours, pendant lesquels je n'ai fait que cinq pansements. Je me hâte de dire, par anticipation, que j'attribue ce beau résultat aux irrigations d'eau froide, qui modérèrent en quelque sorte l'inflammation consécutive des moignons au gré du chirurgien, et à la perte considérable de sang que ce jeune homme avait faite avant que je lui eusse donné mes soins.

Quoi qu'il en soit, les premières nuits furent excellentes, le malade dormit d'un profond sommeil. La réaction s'établit deux heures après l'opération; la fièvre cessa le second jour, ce qui me permit d'accorder du bouillon et du vin. Le quatrième jour, voyant que toutes les fonctions étaient en harmonie parfaite, et désireux de soutenir les forces de l'opéré, je prescrivis deux soupes.

Le 30 novembre, je fis le premier pansement; je renouvelai les bandelettes de sparadrap; la peau recouvrait parfaitement toutes les chairs; une cuillerée au plus de pus de bonne nature s'était écoulée de chaque moignen. Etat général excellent; le malade demande des aliments. (*Deux soupes, vin; les irrigations sont remplacées par des linges trempés dans l'eau chlorurée.*)

Le 5 décembre, les bandelettes s'étant un peu relâchées, je procédai à un nouveau pansement, Six ligatures se détachèrent, il n'en resta qu'une au moignon droit, qui tomba seulement le seizième jour. L'état moral et physique est des plus satisfaisants; l'opéré mange trois fois par jour avec beaucoup d'appétit; les nuits sont très-tranquilles.

Le 10, troisième pansement. M. Dubreuil, professeur d'anatomie à la Faculté de médecine de Montpellier, appelé en con-

sultation à Nîmes, et M. le docteur Fontaine, me font l'honneur de venir visiter mon malade, et sont surpris de le trouver en pleine voie de guérison et complétement hors de danger. Suivant le conseil de ces deux honorables chirurgiens, je suspends les irrigations d'eau chlorurée, et j'enveloppe les moignons dans un bas recouvert de coton, afin de les préserver du froid qui est excessif.

Le vingtième jour de l'opération, je fais lever le malade, et il reste assis sur une chaise pendant huit heures; sa nourriture se compose de deux soupes, deux côtelettes, et un demi-litre de vin par jour.

A partir de cette époque, la suppuration a été toujours en diminuant. Elle était presque nulle le 21, lorsque je fis un cinquième et dernier pansement. Le 30 décembre, la guérison était complète.

Je viens de rapporter un de ces cas graves qui se présentent rarement, et mettent à une bien rude épreuve la thérapeutiqne chirurgicale, en faisant peser sur l'opérateur une immense responsabilité. Cependant, en présence de désordres aussi étendus et dans des circonstances si périlleuses, l'hésitation me paraît une imprudence, et la timidité un crime. En effet, reculer devant l'opération ou chercher à conserver des membres dilacérés et broyés; exposer ainsi un malheureux à des souffrances inouïes et à une mort certaine et inévitable, n'est-ce pas enfreindre les règles d'une saine chirurgie et les droits sacrés de l'humanité ?

Ces principes ne sont point partagés par tous les chirurgiens, et la question des doubles amputations coup sur coup n'est pas encore entièrement résolue. En fouillant dans les annales de la science, j'ai été surpris de rencontrer une grande divergence dans les opinions. Si donc les savants mémoires qui ont été écrits sur cet important sujet avaient été présents à ma pensée le 24 novembre, je serais probablement resté indécis sur le parti qu'il était avantageux de prendre, et, à l'exemple de beaucoup d'autres chirurgiens, je me serais peut-être abstenu d'opérer.

Chose digne de remarque, Delpech, Dupuytren et Sabatier ne s'expliquent pas, dans leurs ouvrages, sur les amputations simultanées coup sur coup. Il est même probable que ce dernier n'en aurait pas été partisan, si l'on en juge d'après ce passage de sa *Médecine opératoire*, dans lequel il conseille de différer l'amputation jusqu'après la cessation des accidents primitifs. « Cette méthode, dit-il, procure des succès nombreux, pendant que le plus « grand nombre des amputations que l'on fait promptement en

« manque. On sait, en effet, que de trois personnes amputées « immédiatement après l'accident, il en périt deux. »

Boyer proscrit de la manière la plus formelle les amputations doubles.

« L'existence simultanée de plusieurs tumeurs blanches, dit « le professeur de Paris, ayant leur siége dans de grandes articu- « lations, comme les genoux, les coudes, etc., détournera toujours « un chirurgien prudent d'entreprendre l'amputation ; car si la « maladie est portée à son plus haut degré dans l'une et l'autre « articulation, on sera dans la nécessité de pratiquer deux ampu- « tations, et il n'est pas probable que le malade puisse survivre « à cette double mutilation (1). »

MM. Velpeau et Vidal de Cassis regardent le succès des amputations simultanées comme fort problématique, et établissent en principe qu'on ne doit amputer que les deux mains ou les deux pieds, mais qu'il n'est pas prudent d'aller plus loin.

« Il est des contre-indications à l'amputation, dit M. Vidal, « fournies par la trop grande gravité du mal. Il est vrai que, « dans ces cas, si on n'ampute pas, le malade est voué à une mort « certaine. Mais alors, si on ne sauve pas le malade, on ne com- « promet pas l'honneur de l'art ; on ne grossit pas encore le « chiffre déjà fort respectable de nos revers. *Ainsi, si deux mem- « bres sont brisés au point de nécessiter deux amputations sur le « même sujet*, doit-on les amputer tous les deux le même jour ? Je « sais qu'il est des chirurgiens qui répondraient par l'affirma- « tive..... En principe, je ne pense pas qu'on doive admettre une « pareille pratique. Il a été fait des exceptions. *Ainsi, on pour- « rait amputer les deux mains ou les deux pieds, mais qu'on n'aille « pas plus loin*, et qu'on ne justifie pas l'opinion commune, qui « veut que les chirurgiens ne demandent qu'à couper, et qu'ils « sont au comble de leur joie quand, les ciseaux à la main, ils « peuvent tailler en plein drap.

« J'ai eu à pratiquer une double amputation, continue M. Vi- « dal de Cassis, pendant que je faisais le service de l'hôpital « Necker. C'était sur un ouvrier des chemins de fer ; il eut un « bras et une cuisse broyés par les wagons. Je désarticulai le « bras et amputai la cuisse à la partie moyenne, et cela dans « une seule et très-courte séance, laquelle séance restera long- « temps gravée dans ma mémoire. Le malade, cependant, vécut « plus de quinze jours, mais j'eus la douleur de le perdre au mo-

(1) *Traité des maladies chirurgicales et des opérations qui leur conviennent*, t. IV, page 555.

« ment où la cicatrisation allait se compléter sur les peux a moi-
« gnons (1). »

Larrey est le seul qui conseille les amputation doubles coup sur coup.

« Si les blessures qui lèsent deux membres à la fois sont de na-
« ture à exiger l'amputation, on ne doit pas craindre de les am-
« puter tous deux immédiatement, sans laisser d'intervalle (2). »

Telle est l'opinion des auteurs sur les amputations doubles. Je demande pardon à ceux qui me feront l'honneur de me lire, de mêler mon nom obscur parmi tant de noms illustres. Mais il me semble et l'expérience démontre, que Boyer et MM. Velpeau et Vidal de Cassis ont posé des principes trop absolus, capables de jeter le découragement et l'indécision dans l'âme du jeune chirurgien, et susceptibles, par conséquent, d'une rectification complète. En effet, quel est celui qui, après avoir médité les passages déjà cités, osera entreprendre l'amputation simultanée de deux membres ? Cependant, on voit quelquefois des malheureux atteints de deux tumeurs blanches ou ayant deux grandes articulations fracassées, voués à une mort certaine si le mal est abandonné à lui-même; qui éprouvent des douleurs atroces et demandent l'opération avec instance : faut-il leur refuser la seule chance de salut qui leur reste ? Non ; et c'est là le cas d'appliquer l'adage : *Meliùs anceps remedium quam nullum.*

D'ailleurs, quel est le médecin qui connaît toutes les ressources de la nature ? C'est pour en avoir douté que, pendant longtemps, nos devanciers ont reculé devant des opérations qui font aujourd'hui l'honneur de la chirurgie. La ligature de la sous-clavière, de la carotide, de l'iliaque externe, la désarticulation de la cuisse, voilà cependant des conquêtes glorieuses qui ont arraché bien des victimes à la mort.

Je pense donc, contrairement à ces trois grandes autorités, qu'il ne faut pas craindre d'avoir recours à l'amputation double toutes les fois qu'elle est indiquée, soit pour des affections chroniques, soit pour des lésions traumatiques des membres ou des articulations.

Maintenant, dans le cas de traumatisme, est-il plus convenable d'opérer sur-le-champ ou d'attendre la disparition des accidents primitifs ? Je ne rappellerai pas ici les mémoires et les discussions de Faure et de Boucher ; cette question, aujourd'hui, n'est plus indécise, et tous les chirurgiens admettent que, lorsque l'amputation est jugée nécessaire, il faut la pratiquer sans délai.

(1) *Traité de pathologie externe et de médecine opératoire*, t. v, p. 821.
(2) *Mémoires de chirurgie militaire*, t. ii, p. 478.

Une amputation double étant donnée, est-il rigoureusement nécessaire, comme le veut Larrey, de couper les deux membres immédiatement sans laisser d'intervalle? Non. Moins absolu que ce célèbre chirurgien, et rentrant ici un peu dans les vues de M. Vidal de Cassis, je crois avec M. le professeur Dubreuil, que si, après la première opération, le malade est plongé dans un état de stupeur ou de commotion considérable, ou s'il est doué d'un tempérament nerveux, sa sensibilité exaltée peut et doit faire retarder la seconde. Il ne faut, en effet, jamais oublier qu'il y a des pertes nerveuses comme des pertes sanguines, et que la douleur tue aussi promptement que l'hémorrhagie.

Deux praticiens dont le nom fait autorité, MM. Dubreuil de Montpellier et Bonnet de Lyon, m'ont fait l'honneur de m'écrire; leurs lettres, que je garde comme un précieux encouragement, viennent confirmer les idées que j'ai émises ci-dessus.

Montpellier, le 24 décembre 1846.

Mon cher confrère,

Je vous félicite de grand cœur du beau succès que vous venez d'obtenir, et qui mérite un juste retentissement scientifique; ce fait prouve sans réplique que les auteurs qui ont rejeté la double amputation coup sur coup ont été dans l'erreur ou tout au moins trop absolus.

Il ne faudrait pas conclure, contrairement, que toujours et sur tous les individus, la double opération pratiquée spontanément est indiquée. Ainsi, par exemple, chez un sujet très-nerveux, la sensibilité, exaltée après la première opération, peut et doit retarder la seconde, si l'on ne veut s'exposer à un état spasmodique même consécutif qui peut devenir mortel.

En somme, tout praticien, se trouvant dans une circonstance semblable à celle où vous avez si consciencieusement pris un parti énergique, devra suivre votre exemple; quant à moi, je n'aurai garde d'y manquer. Je n'ai pas, dans ma pratique, même de chirurgien de marine, trouvé l'occasion d'une double amputation instantanée.

En publiant votre observation et posant le principe de la double amputation coup sur coup, posez aussi l'exception pour ne pas être absolu, comme ceux que vous devez combattre.

Je vous autorise à dire qu'ayant vu l'opéré peu de jours après l'accident, j'ai été surpris de son état satisfaisant.

Agréez, etc. DUBREUIL,

professeur d'anatomie à Montpellier.

Lyon, le 15 décembre 1846.

Monsieur et très-honoré confrère,

Le beau succès que vous avez obtenu sur le jeune homme, auquel vous avez pratiqué une double amputation de la jambe, est digne d'être publié ; il encouragera les praticiens à tenter, dans des cas nécessairement mortels si le mal est abandonné à lui-même, la méthode hardie à laquelle votre malade doit l'existence.

M. Gensoul a pratiqué également une fois avec succès l'amputation des deux jambes à un malheureux dont ces parties avaient été broyées par la chute d'une pierre très-pesante.

Pour moi, je n'ai jamais pratiqué l'amputation de deux jambes; mais, si j'étais appelé à traiter un cas semblable à celui que vous me faites connaître, je n'hésiterais pas à imiter votre conduite.

Veuillez agréer, etc. BONNET,

professeur de clinique chirurgicale.

Note du rédacteur. — A ces deux adhésions si importantes, nous n'hésiterons pas à ajouter la nôtre. Nous avons eu à pratiquer à la fois l'amputation du bras droit et de la jambe droite, le 17 mai 1844, à madame Barbaran, âgée de soixante-deux ans, qui avait eu ces deux membres écrasés par les roues d'un haquet pesamment chargé. Nous fûmes assisté, dans cette double opération, par nos excellents confrères, MM. Boniface, Legras et Sabatier : la plaie résultant de l'amputation du bras se réunit presque par première intention ; celle de la jambe, au contraire, fut prise deux jours après d'une gangrène qui dévasta les téguments ; ce qui n'empêcha pas à la longue la cicatrice de se faire d'une manière très-solide. Madame Barbaran vit encore aujourd'hui, et jouit d'une excellente santé.

Toutefois, nous ne voudrions agir ainsi que pour les amputations traumatiques. Il y a quelques années, M. Velpeau a amputé successivement les deux mains à un jeune homme de vingt-huit ans, qui le réclamait avec instance pour deux ankyloses anciennes et irrémédiables ; M. Jobert a fait de même, sur un jeune homme de vingt-quatre ans, deux amputations successives pour deux tumeurs blanches; et le succès a couronné ces quatre opérations. C'est là, à notre avis, la pratique la plus prudente ; de telle sorte que nous établissons une différence essentielle entre les amputations pour cause traumatique, et les amputations patholo-

giques; et que, pour ces dernières, lorsqu'il s'agit de membres importants, nous nous écarterions des vues émises par M. Brouzet.

VII. PHRÉNOLOGIE, MALADIES MENTALES.

MALADIES MENTALES. — 19. *De l'alimentation forcée des aliénés*, par M. **Baillarger.**

(Suite et fin : *voir* t, I. janvier 1847, p. 166.)

(Annales médico-psychologiques, février 1847.)

2° *Des difficultés du cathétérisme de l'œsophage. — Arrêt de la sonde sur la base de la langue. Influence de la volonté du malade.* Je ne reviendrai pas sur les difficultés qu'on éprouve parfois à la partie supérieure du pharynx et qui ne sont pas à beaucoup près les plus sérieuses; il me paraît au contraire important d'insister sur l'obstacle qu'on rencontre, lorsque la sonde vient arc-bouter sur la base de la langue, obstacle que je n'ai fait que mentionner dans mon premier travail. Depuis lors, j'ai pratiqué ou vu pratiquer le cathétérisme œsophagien plus de six cents fois chez deux malades, dont je citerai plus bas les observations avec détail, et j'ai pu étudier, mieux que je ne l'avais fait, l'influence de la volonté du malade et le mécanisme de l'espèce d'obstruction du pharynx qu'il parvient à produire. Il m'a semblé que c'était surtout en élevant le larynx et en portant la base de la langue en haut et en arrière, comme on le fait dans un mouvement de déglutition, que l'aliéné empêche le passage de la sonde, il est vrai qu'il est alors forcé de suspendre sa respiration, mais après quelques jours il parvient à respirer faiblement, tout en maintenant l'obstacle.

On peut d'ailleurs s'assurer que la sonde arrêtée repose sur la base de la langue, à son point d'union avec le larynx; car l'obstacle cesse quand cet organe s'abaisse. Si l'on enfonce alors l'instrument, et que le larynx s'élève de nouveau, la sonde est repoussée en partie hors de la narine.

Esquirol a rapporté un curieux exemple de cette influence de la volonté du malade pour s'opposer au cathétérisme de l'œsophage. Ce fait est d'autant plus remarquable que c'était la première fois que l'illustre médecin avait recours à cette opération. L'aliéné, après avoir refusé une première fois de prendre des aliments pendant un temps assez long, avait consenti à manger; mais il était bientôt revenu à sa première résolution de se laisser mourir de faim.

« Le cinquième jour de cette nouvelle abstinence, dit Esquirol, M. Dubois introduit une sonde par les narines et ingère dans l'estomac un bouillon et un peu de vin, en assurant au malade que, s'il ne mange pas le soir, le lendemain on recommencera. Le lendemain, M. Dubois éprouve une si grande résistance pour introduire la sonde, qu'il n'ose la surmonter. Le malade se met à rire. *J'avais fait*, nous dit-il, *tous mes efforts pendant la nuit pour contracter les muscles du pharynx, afin d'empêcher l'introduction de la sonde.* Le septième jour, tout ayant échoué, je m'avise de rouler un mouchoir sur lui-même et d'en donner quelques coups sur les jambes du malade, en lui disant d'un ton ironique : Puisque vous faites l'enfant, on vous traitera comme un écolier, tant que vous ne prendrez pas de nourriture. L'amour-propre s'irrite de ce traitement, M. de B... demande à manger (1). »

C'est, comme je l'ai dit, la première fois qu'Esquirol employait la sonde œsophagienne, et on voit que ce moyen serait devenu inutile si le médecin n'était parvenu à déterminer le malade à manger en excitant son amour-propre. L'habile chirurgien, qui était chargé de l'opération, recula en effet devant les difficultés que lui suscita la volonté de l'aliéné.

Ce qui est arrivé à Dubois s'est renouvelé depuis un très grand nombre de fois.

M. le docteur Trélat a observé à la Salpêtrière deux malades, chez lesquelles l'introduction de la sonde était devenue impossible.

L'une de ces malades avait été nourrie malgré elle pendant un mois, et c'est seulement alors qu'on fut forcé de renoncer à l'opération.

(Chez l'autre, l'alimentation forcée durait depuis cinq semaines).

L'issue fut très-différente dans les deux cas. Dans le premier, l'aliénée recommença à manger après quelques jours, et survécut; dans le second, au contraire, la malade persista dans sa résolution, et succomba (2).

M. Barbier, interne à Charenton, a vu une mélancolique chez laquelle la sonde, introduite facilement deux fois le premier jour, ne put le lendemain pénétrer qu'avec beaucoup de peine, et après s'être repliée à plusieurs reprises. Les jours suivants, le cathé-

(1) Esquirol, t. I, p. 613.
(2) J'espère pouvoir publier bientôt ces deux observations avec plus de détails, et d'après les notes que M. Trélat a promis de me remettre.

térisme devint tout-à-fait impossible, et la malade succomba peu de temps après, par suite d'inanition.

Dans tous ces cas, soit à cause des difficultés, soit par suite de l'affaiblissement des malades, on a renoncé à continuer l'alimentation en ouvrant de force la bouche et en introduisant la sonde par cette voie. C'est là, en effet, une dernière ressource à laquelle on a parfois recours, mais qui offre de graves inconvénients. La lutte qu'on engage avec l'aliéné, quand il oppose une grande résistance, le fatigue et l'épuise; les moyens qu'il faut employer, comme l'a dit Esquirol, sont d'ailleurs violents et ne réussissent pas toujours. Cependant, quand la faiblesse n'est pas trop grande, on ne doit pas balancer. On ouvre la bouche à l'aide de cuillères ou de clefs qu'on fait pénétrer entre les dents, et qui servent à maintenir l'écartement des mâchoires pendant qu'on passe la sonde et qu'on pousse l'injection.

L'observation suivante, que je cite avec tous ses détails, est un des cas dans lesquels l'impossibilité de pratiquer le cathétérisme par les fosses nasales a forcé, à plusieurs reprises, d'introduire la sonde par la bouche en desserrant les mâchoires comme je viens de le dire. Ce fait montrera quelles sont, dans certaines circonstances, les difficultés du cathétérisme œsophagien, et fera connaître en même temps les désordres que peuvent produire des tentatives souvent répétées pour surmonter les obstacles.

Obs. — *Monomanie ancienne, plus tard délire maniaque; refus d'aliments; emploi de la sonde œsophagienne; hémorrhagie nasale provoquée par l'opération; impossibilité de l'introduction par les fosses nasales dans la moitié des cas; mort; à l'autopsie, ecchymoses du pharynx et du larynx.*

M. C..., âgé de vingt-neuf ans, sans profession, fut amené à Charenton le 10 avril 1834. On apprit de la famille que la maladie remontait déjà à une époque très-éloignée. M. C.., sorti du collége à dix-huit ans, n'avait rien fait depuis cette époque. A dix-neuf ans, il devint tout-à-coup très-sombre, parut préoccupé d'idées religieuses et manifesta le désir d'entrer dans les ordres. On pouvait déjà reconnaître que son intelligence était affaiblie. Depuis lors sa faiblesse d'esprit n'a fait qu'augmenter. Il s'est imaginé qu'une femme âgée voulait se faire aimer de lui et qu'elle avait pour cela recours à des sortiléges. Il a aussi la crainte d'être empoisonné. Depuis plusieurs mois, accès d'agitation et même de fureur. Le malade a failli, à plusieurs reprises, mettre le feu, ce qui a engagé à le faire séquestrer.

M. C... est d'une taille moyenne, d'une constitution assez grêle ; son teint est légèrement coloré, sa santé physique paraît bonne. Pendant les premiers jours, il est assez calme, et s'étonne qu'on l'ait privé de sa liberté : il est vrai, dit-il, qu'il a fait des extravagances avant son entrée, mais il avait un but, c'était de contrefaire le fou pour éviter les poursuites de la vieille femme qui voulait l'épouser. S'il avait pu prévoir qu'on le renfermerait, il eût renoncé à son projet.

Ce calme, interrompu cependant par quelques accès passagers d'agitation, persista jusqu'au mois de juin : il survint alors tout-à-coup un violent accès de manie. Le malade crie, s'agite, fait à peine attention à tout ce qui l'entoure : il est le représentant de Dieu sur la terre ; il va faire des miracles, il distribue des places, etc.

L'agitation et le délire s'étant calmés, on put rendre à M. C... la liberté du jardin ; mais on s'aperçut, dans les premiers jours de juillet, qu'il ramassait des matières fécales et les cachait avec soin pour les manger pendant la nuit.

Le 7 juillet, il commença à refuser obstinément toute nourriture, et fut placé à l'infirmerie.

Le 10 au matin, le refus d'aliments continue, l'haleine est fétide, les dents serrées ; la figure est animée, les yeux fixes.

On essaie vainement d'introduire une sonde œsophagienne par les fosses nasales ; plusieurs sont successivement employées, mais toutes se replient, et l'injection ne peut avoir lieu.

On est alors forcé d'ouvrir la bouche en desserrant les dents avec une clef. On n'y parvient qu'assez difficilement, et non sans faire couler un peu de sang des gencives, et sans arracher quelques cris au malade. La sonde est passée par la bouche, et on injecte un demi-litre de lait environ.

A 5 heures du soir, on fait de nouvelles tentatives pour introduire une sonde œsophagienne par les narines ; *toutes se replient, et on a beaucoup de peine à les retirer.* On renouvelle *cinq* ou *six fois* les essais d'introduction, et à chaque fois du sang s'écoule par le nez ou revient par la bouche ; quelques caillots sont rejetés par le malade.

On est forcé de nouveau *de desserrer les dents avec une clef*, et de passer la sonde par la bouche; on injecte encore un demi-litre de bouillon.

L'hémorrhagie continue après l'opération pendant une heure environ, et on peut évaluer à une livre au moins la quantité de sang perdue par M. C...

Le 11. La constriction des mâchoires n'a pas cessé ; mutisme,

immobilité du malade; les paupières sont abaissées, la respiration calme, mais il y a un peu de fièvre. *La sonde œsophagienne est introduite le matin et le soir sans difficulté notable.* On a injecté chaque fois un demi-litre de lait.

Le 12 au matin. Même constriction des mâchoires, haleine fétide, lèvres sèches, dents couvertes d'un mucus gluant; faiblesse très-grande. On essaie *à trois reprises* d'injecter du lait à l'aide de la sonde œsophagienne, et *on ne peut y parvenir*. L'instrument pénètre assez profondément, mais l'injection est impossible, parce qu'il est probablement recourbé dans l'arrière-bouche.

On écarte alors les dents avec une clef, et on passe la sonde par la bouche, et le bouillon peut alors être injecté.

Un peu de sang s'est écoulé par les narines.

A midi, on parvient à introduire le tube œsophagien assez facilement. Il en est de même le lendemain matin.

Le 13. La sonde œsophagienne est introduite sans difficulté.

Le 14. Depuis plusieurs jours, on avait essayé vainement de vaincre la constipation par des lavements simples ou purgatifs. Aujourd'hui il y a eu plusieurs selles très-abondantes.

Deux introductions faciles de la sonde.

Le 15. Le malade a été visité par l'aumônier de l'établissement; on n'a rien pu obtenir de lui. La constriction des mâchoires, qui avait diminué, est de nouveau devenue très-forte; les arcades dentaires sont croisées l'une sur l'autre.

On essaie vainement d'injecter du lait : *plusieurs sondes introduites successivement entrent de six à sept pouces, puis elles se replient, et l'injection ne peut avoir lieu.*

On ne parvient qu'avec beaucoup de peine à surmonter la constriction des mâchoires : on desserre les dents avec deux clefs; le tube est alors facilement introduit par la bouche.

Pendant cette opération, du sang s'est écoulé des gencives, et la bouche se remplit de salive sanguinolente. Le malade, malgré la douleur qu'il a dû éprouver, n'a pas proféré une plainte; il est toujours immobile, les yeux fermés.

Le 16 au matin. On introduit de nouveau la sonde par la bouche, parce qu'elle *se replie quand on essaie de la passer par les fosses nasales.*

A 3 heures. Nouvelle *tentative infructueuse* de cathétérisme par les fosses nasales.

L'ouverture de la bouche à l'aide de deux clefs n'a pu avoir lieu qu'avec beaucoup de peine : on est obligé de prendre un point d'appui sur les dents elles-mêmes, et on en détache de petites portions; les gencives saignent. M. C... est devenu tellement

faible qu'il n'oppose plus aucune résistance, quoiqu'il ait les mains libres. Il a eu une selle très-copieuse, et immédiatement après une syncope si prolongée qu'on a pu craindre qu'il ne succombât.

Le 17. On parvient aujourd'hui à passer la sonde deux fois par les fosses nasales ; même constriction des mâchoires, diarrhée.

Le 18. Même état (les notes recueillies ne font point mention du cathétérisme œsophagien).

Le 19. Constriction toujours très-forte des mâchoires ; nouvelles *tentatives infructueuses d'introduction de la sonde par le nez.*

L'ouverture de la bouche à l'aide des clefs continue à être longue et très-pénible : les dents s'usent, les gencives saignent, la bouche se remplit de salive sanguinolente; pendant la lutte, la figure du malade se congestionne et s'échauffe, des larmes coulent, les temporales battent avec force.

Un coup de tonnerre très-fort qui a eu lieu hier a tout-à-coup fait lever le malade sur son séant.

Le 20. *On est forcé d'introduire la sonde par la bouche.*

Maigreur très-grande, faiblesse extrême; haleine très-fétide ; diarrhée, fièvre.

Le 21. M. C... a bu seul un peu de lait ; il a dit quelques mots, a voulu se lever.

Le 22. Le malade prend seul un peu de bouillon ; il est retombé dans son mutisme. Respiration gênée, râle crépitant à droite, fièvre, diarrhée.

Persistance du mutisme, immobilité, regard fixe; la diarrhée a continué, et la mort a eu lieu le 25.

On avait cessé le 21 l'emploi de la sonde œsophagienne ; des vésicatoires et des sinapismes avaient été appliqués dans les derniers jours.

Autopsie. — Les fosses nasales sont saines.

La paroi postérieure du pharynx, à sa partie supérieure, est d'une couleur ardoisée foncée, presque noire: le tissu cellulaire sous-muqueux est lui-même comme ecchymosé, mais on n'y voit pas de sang en nature.

A gauche du pharynx, en descendant, on trouve une plaque noirâtre de trois ou quatre lignes de large, au-dessous de laquelle le tissu cellulaire sous-muqueux paraît plus malade.

Outre l'altération de la partie supérieure, on remarque encore à la partie moyenne du pharynx plusieurs taches noires.

Ces plaques noires nous paraissent être partout de la même nature, et le résultat de véritables ecchymoses.

Rien dans la trachée ni l'œsophage ; la muqueuse gastrique,

sur la grande courbure, et à trois pouces environ du pylore, présente des plaques d'un rouge vif.

Près du cardia, cette membrane est au contraire pâle, amincie, très-molle, et elle s'enlève facilement avec l'ongle.

Rien de remarquable dans les autres viscères abdominaux.

Le lobe inférieur du poumon gauche est hépatisé. Le droit est fortement engoué.

La pie-mère était extrêmement rouge et très-injectée ; elle n'adhérait point à la surface des circonvolutions. Après l'enlèvement des membranes, cette surface apparaît piquetée de gouttelettes de sang.

Substance grise corticale, à peine un peu rosée dans quelques points.

Substance blanche injectée, mais assez ferme, peut-être même un peu plus que dans l'état normal.

J'ai retranché de cette observation, déjà très-longue, beaucoup de détails, mais j'ai dû insister sur tout ce qui se rattachait au cathétérisme œsophagien.

On a vu que cette opération a été essayée par les fosses nasales environ *seize fois* en dix jours, et qu'elle a échoué *huit fois*. Dans chaque cas, l'introduction de l'instrument a été renouvelée à plusieurs reprises. *Huit fois*, au contraire, le cathétérisme a réussi, et l'injection du lait ou du bouillon a pu avoir lieu.

On s'étonne d'abord qu'avec les mêmes instruments et sur le même malade, on ait obtenu des résultats aussi différents. L'opération n'ayant pas toujours été faite par les mêmes personnes, on serait porté à penser que le plus ou moins d'habileté de ces personnes a pu y être pour quelque chose, mais il n'en a pas été ainsi. Vingt fois, en effet, l'opérateur réussit ou échoue, selon que la sonde se replie ou non sur la base de la langue. Ainsi, j'ai par hasard noté le nom du médecin qui tenta vainement d'introduire la sonde le 12 juillet, et il me suffirait de le nommer pour prouver qu'on ne pouvait trouver personne qui eût une plus grande habitude de ces sortes d'opérations.

J'ai vu M. Blanche fils, interne à la Salpétrière, sonder un jour une malade avec une extrême facilité et ne pouvoir y parvenir le lendemain.

Ces faits sont d'ailleurs si communs, qu'il est inutile d'en citer un plus grand nombre, parce que tout le monde les a observés.

On rencontre souvent l'obstacle de la base de la langue, alors que le malade ne fait aucun effort pour s'opposer à l'opération. On concevra facilement qu'il doit en être ainsi, si l'on songe que la sonde, par cela même qu'elle s'est recourbée au haut du pha-

rynx, a de la tendance à revenir en avant, et à s'éloigner de la paroi postérieure. L'extrémité doit donc rencontrer souvent la base de la langue et le larynx.

Si la sonde est molle, il peut arriver qu'on ne s'aperçoive pas de l'obstacle, et alors elle se recourbe dans le pharynx et dans la bouche.

J'ai vu dernièrement, dans une maison de santé, un médecin très-habitué à pratiquer le cathétérisme œsophagien, mais qui en même temps, se sert d'une sonde très-petite et très-molle, vouloir en vain faire pénétrer une injection de bouillon. On crut d'abord que l'obstacle venait de la seringue; mais le malade ayant ouvert la bouche, on s'aperçut que le tube était entièrement replié dans cette cavité. Ce même aliéné, quelques jours auparavant, avait ainsi presque complétement coupé une sonde avec ses dents.

Dernièrement, chez une mélancolique dont je rapporterai plus loin l'observation, M. Bouland, interne à la Salpêtrière, s'étant servi une seule fois d'une sonde sans conducteur, cette sonde s'est repliée sur la base de la langue, et est sortie par la bouche.

L'introduction de l'instrument dans le larynx est encore une des difficultés du cathétérisme de l'œsophage. La tendance qu'a la sonde à revenir en avant explique ce fait qui peut, comme je l'ai dit plus haut, devenir un danger grave, si l'on ne s'aperçoit pas de la fausse route dans laquelle on s'est engagé.

Il peut arriver que l'introduction de la sonde dans le larynx se renouvelle plusieurs fois de suite, et que le même accident ne se reproduise plus pendant très-longtemps. Comme la sonde est abandonnée à elle-même et qu'on ne peut la diriger, tout cela est soumis au hasard. Il y a peu de temps, deux internes de la Salpêtrière ont fait pénétrer quatre fois de suite la sonde dans le larynx chez la même malade, et l'opération n'a pu être terminée qu'après *plus d'une heure* employée en tentatives infructueuses (1).

M. Dupuy, interne à Bicêtre, a vu un aliéné chez lequel on fut obligé de renoncer à l'opération parce que la sonde s'était engagée cinq ou six fois de suite dans le larynx.

Les faits qui précèdent me paraissent pouvoir se résumer de la manière suivante :

1° Le cathétérisme de l'œsophage, chez les aliénés, offre souvent

(1) Je tiens ce fait de l'un des élèves, M. Saint-Vis, et je le note ici comme un exemple de plus des obstacles qu'on rencontre souvent et qu'il n'est pas donné aux plus habiles d'éviter.

des difficultés très-grandes qui forcent de renouveler les tentatives deux, trois et jusqu'à cinq et six fois.

2° Ces difficultés sont quelquefois insurmontables, et on est obligé de renoncer à l'introduction de la sonde par les narines. (Observation d'Esquirol, de MM. Trélat, Barbier et Dupuy.)

3° L'obstacle principal vient de la base de la langue, sur laquelle la sonde se replie.

4° Cet obstacle peut être créé par la volonté de l'aliéné, qui s'oppose ainsi à l'introduction de la sonde.

II. — *Des moyens de surmonter les difficultés dans le cathétérisme de l'œsophage chez les aliénés.* — Je ne reviendrai pas sur la description que j'ai donnée de la sonde à double mandrin, ni sur les avantages qu'elle offre pour faciliter l'opération. Je me bornerai à citer quelques observations qui ne pourront, je crois, laisser aucun doute sur l'utilité de cet instrument.

Obs. I. — *Suicide héréditaire; lypémanie; refus d'aliments pendant cent soixante-dix jours; alimentation forcée à l'aide de la sonde à double mandrin; mort; autopsie; absence de toute lésion dans le pharynx et l'œsophage.*

La nommée M..., âgée de trente et un ans, d'une constitution faible, a été conduite à l'hospice de la Salpêtrière, le 11 mai 1846, dans un état de lypémanie. Le père de cette malade a été aliéné, et a fini par se suicider. Une tante paternelle a aussi été atteinte d'aliénation mentale. En outre, presque tous les parents du côté du père ont la tête plus ou moins faible.

M... a toujours eu un caractère égal, plutôt gai que triste; elle était douce, laborieuse, économe, et rien ne pouvait faire prévoir chez elle l'invasion de la maladie dont elle est atteinte. Le délire paraît surtout avoir été provoqué par une suite d'émotions pénibles pendant la grossesse et l'allaitement. Un incendie éclate dans la maison qu'habite la femme M..., qui était alors enceinte de huit mois. Elle est obligée de se sauver précipitamment presque nue, et blessée; en outre une partie de son mobilier est détruite. Six semaines après, elle accouche heureusement; mais quelques jours s'étaient à peine écoulés qu'un nouveau chagrin vient l'atteindre. Elle perd une grande partie de son linge qu'elle avait confié à une femme chargée de la remplacer. Enfin, presque en même temps, son mari se trouve compris dans une faillite pour une somme assez considérable. L'hiver se passe dans la gêne et la tristesse; la malade est forcée de dépenser une à une ses faibles économies. Cependant elle nourrissait son enfant et continuait à s'occuper de son ménage; mais elle se plaignait sou-

vent de céphalalgie et de sueurs nocturnes avec chaleur très-forte à la peau. Bientôt la tristesse, qui était devenue habituelle, augmente, M... est moins active, cesse de s'occuper de ses enfants; elle est poursuivie par des idées de suicide; enfin, le 5 avril, elle se jette par la fenêtre et se casse une jambe. On la transporte à l'hôpital Saint-Antoine. Le 11 mai, la consolidation de la fracture étant complète, la malade put être amenée à la Salpêtrière.

A son entrée, elle est en proie à un accès de lypémanie très-violent; elle s'exhale en lamentations sur tous les crimes qu'elle prétend avoir commis : c'est elle qui est la cause de tous les malheurs, elle a voulu tuer ses enfants, elle a mangé le monde; qu'on ne l'approche pas, car on se souillerait en la touchant. Elle croit que pour lui faire expier ses fautes, on met du sang dans tous ses aliments : on a la plus grande peine à lui faire prendre quelques cuillerées de bouillon; le lait même est du sang; le pain, les gâteaux, les fruits contiennent du sang; elle crache tout ce qu'on lui met dans la bouche.

Le 25 mai, la malade ne veut absolument rien prendre; son agitation continue, elle perd ses forces. Depuis son entrée elle a notablement maigri, et il deviendrait imprudent de la laisser plus longtemps sans nourriture. On se décide à lui introduire la sonde œsophagienne, mais une seule fois par jour, parce que cette opération l'agite. On se servait d'une sonde œsophagienne ordinaire armée d'un mandrin en fer, qu'on retirait quand l'instrument était parvenu à la partie supérieure du pharynx. Au-delà, le tube était abandonné à lui-même. Il est arrivé plusieurs fois que cette sonde est *revenue par la bouche*, ou bien qu'elle s'est *repliée dans le pharynx*. M. Blanche fils, interne du service de M. Mitivié, était chargé de faire manger la malade. Il n'a pas noté le nombre des cas où il a éprouvé les difficultés que je viens d'indiquer, mais l'opération a été le plus souvent très-facile.

Le 13 juillet, après quarante-huit jours d'alimentation forcée, M..., qui avait déjà beaucoup maigri et était devenue très-faible, fut passée dans mon service.

A partir du 13, j'employai la sonde à double mandrin, et je fis des injections d'aliments deux fois par jour (1). Dès ce moment, il y eut un peu de mieux; la physionomie devint meilleure, et la malade parut plus forte.

Cependant l'agitation continuait, et j'essayai de la calmer par

(1) On injectait chaque fois près d'un litre, soit de chocolat au lait, soit de consommé, soit de fécule de pomme de terre au gras ou au lait, et ensuite un peu de vin de Bordeaux.

une potion avec une forte dose de laudanum et d'eau de laurier-cerise. Cette potion fut injectée deux fois par jour, et la dose de laudanum portée jusqu'à 40 gouttes. Il y eut d'abord un peu plus de calme, surtout la nuit; mais ce mieux ne persista pas, et l'opium fut suspendu le douzième jour.

L'opération du cathétérisme, pendant ce temps, avait été faite quatre fois par jour, et la sonde avait toujours été introduite avec la plus grande facilité.

Ce fut à peu près à cette époque que la malade commença à faire de violents efforts pour s'opposer à l'opération. Tantôt elle élevait le larynx en tenant la bouche fermée; tantôt elle se bornait à faire une longue expiration en poussant un cri continu (1). A partir de ce moment, nous rencontrâmes presque constamment un obstacle qui, jusque là, ne s'était présenté que rarement. La sonde venait arc-bouter sur la base de la langue et ne pouvait franchir ce point; il fallait attendre un instant, tâcher de distraire l'attention de la malade, et pousser ensuite. Souvent nous franchissions immédiatement l'obstacle en inclinant fortement la tête sur le tronc: quelquefois il suffisait de faire exécuter à la sonde un demi-mouvement de rotation pour pénétrer facilement. Dans d'autres cas, on fermait brusquement la bouche de la malade, et en même temps on poussait rapidement le tube. Quelque moyen qu'on ait employé, nous devons dire qu'on n'a, dans *aucun* cas, été obligé de retirer la sonde, que celle-ci ne s'est jamais recourbée, et que l'opération, malgré la difficulté que je signale, a toujours été terminée en moins d'une minute. La volonté de l'aliénée a donc été impuissante, et l'opération, pour durer quelques secondes de plus, n'en a pas moins été faite avec la même régularité et sans plus de douleur (2).

Du 14 *août* au 15 *novembre*, on a fait un grand nombre de

(1) La malade jusque là s'était bornée à se débattre, à remuer la tête quand on voulait introduire la sonde.

(2) On se rappelle que, pendant les quarante-huit premiers jours, M.... avait été nourrie à l'aide d'une sonde œsophagienne ordinaire, et que l'opération avait, en général, été facile. En eût-il encore été de même à cette époque, où la malade était parvenue à créer un obstacle à l'opération?

Je dois dire qu'à cet égard ma conviction était faite à l'avance. Il me semblait impossible, en effet, qu'une sonde molle, flexible, venant arc-bouter sur la base de la langue, ne s'y repliât pas le plus souvent quand on essaierait de la faire pénétrer au-delà. Cependant, comme cette conviction n'était pas partagée, je crus devoir laisser faire à cet égard quelques tentatives qui, d'ailleurs, étaient tout à fait sans danger. La sonde sans conducteur avait été employée pendant les quarante-huit premiers jours; cette sonde est la seule dont on se serve encore aujourd'hui dans tous les asiles d'aliénés, il n'y avait donc point d'inconvénient à revenir à son emploi.

Neuf tentatives furent faites par MM. Blanche fils, Blot et Bouland, internes à la Salpêtrière, qui, jusque là, s'étaient servis chez la malade de la sonde à

tentatives pour faire revenir cette malade de la fatale détermination qu'elle avait prise. On essaya de la visite de son mari et de son enfant, mais tout fut inutile ; elle répétait qu'elle voulait mourir, qu'elle était une malheureuse souillée de crimes, qu'on ne devait pas l'approcher ni la toucher ; elle était toujours convaincue qu'on ne lui faisait manger que du sang et des ordures.

Elle n'a cessé de faire de violents efforts pour résister à l'opération ; elle contractait, autant qu'elle le pouvait, les muscles du pharynx en retenant sa respiration. Après l'injection, elle essayait de vomir.

La maigreur de M..., qui était déjà très-grande lors de son entrée dans mon service, avait graduellement augmenté, et était devenue extrême. Je voulus faire pratiquer trois injections par jour au lieu de deux ; mais pour la première fois il survint de la diarrhée qui ne persista que deux jours, ce qui n'en contribua pas moins à affaiblir la malade. Bientôt on dut renoncer à la lever à cause des syncopes qui survenaient de temps en temps. Des eschares se formèrent au siége.

Le 15, la maigreur et la faiblesse étaient telles, qu'on dut renoncer à tout espoir de sauver la femme M...

Le 18, elle prit seule un peu de café et dans la journée un potage et du lait. L'état mental était meilleur ; mais c'était là une de ces améliorations qu'on observe souvent chez les aliénés peu de temps avant la mort. La malade succomba en effet la nuit suivante sans avoir eu de fièvre.

Autopsie le 20. Maigreur squelettique de tout le corps ; eschares au sacrum.

On commence par examiner avec soin le pharynx, la base de la langue, l'œsophage et le larynx, et on ne trouve dans tous ces points aucune trace de lésion. Partout la muqueuse est *pâle* et

double mandrin, et avaient, dans *tous les cas*, terminé promptement et facilement l'opération.

Dans huit cas, la sonde est venue arc-bouter sur la base de la langue.

Elle s'y est repliée *cinq fois et n'a pu pénétrer au-delà*. Dans l'un de ces cas, l'instrument replié dans la bouche en est sorti tout-à-coup, et on a dû couper toute la partie qui dépassait pour éviter de la douleur à la malade.

Dans trois cas, la sonde a franchi l'obstacle, mais avec plus de peine et de temps qu'avec la sonde armée d'un conducteur.

Dans l'un des cas, la sonde n'a point rencontré la base de la langue, et elle a été introduite dans l'œsophage très-promptement et très-facilement.

Comme ces tentatives n'avaient pour but que de déterminer jusqu'à quel point la sonde œsophagienne ordinaire réussit lorsqu'on rencontre l'obstacle de la base de la langue, nous n'avons point compté ce cas. La sonde sans conducteur a donc échoué *cinq* fois sur *huit*. Depuis lors, l'épreuve a paru suffisante à tous, et la sonde à double mandrin a seule été employée.

parfaitement saine. Il n'y a aucune injection dans le larynx, dans la trachée et dans l'œsophage.

Le cathétérisme œsophagien, répété deux fois par jour pendant près de cinq mois, n'avait donc déterminé aucune altération appréciable.

L'estomac était un peu revenu sur lui-même et il offrait dans son grand cul-de-sac deux ulcérations très-superficielles et qu'on ne découvrait qu'en examinant la muqueuse avec beaucoup d'attention ; il y avait près du pylore des rides nombreuses, et la muquense avait une teinte légèrement ardoisée. Le reste du tube intestinal était sain.

Le cœur avait un très-petit volume. Le ventricule gauche était le siége d'une hypertrophie concentrique très-prononcée. Le lobe inférieur du poumon droit était hépatisé; le tissu en était ferme, non crépitant, et ne surnageait pas quand on le coupait en très-petits morceaux. Il n'y avait pas de tubercules.

Le cerveau avait à sa surface une couleur plus blanche que dans l'état normal, les membranes n'adhéraient pas, mais elles étaient un peu épaissies. La substance cérébrale n'offrait rien qui mérite d'être noté.

Cette observation me paraît remarquable sous plusieurs rapports.

L'alimentation forcée a été continuée pendant près de *six mois*, et je ne connais pas d'exemple dans lequel l'emploi de la sonde ait été aussi prolongé. Ou bien, en effet, les malades consentent à manger, ou bien, en général, ils succombent après quelques mois au plus. Nous pensons que ce résultat est dû à la quantité des aliments qui ont été ingérés, mais surtout à la régularité des repas. Disons aussi que la facilité avec laquelle l'opération a été faite dans tous les cas, en évitant à la malade les luttes longues et pénibles dont nous avons plus haut cité un exemple, a pu contribuer à retarder une terminaison fâcheuse. Cette terminaison n'a pas été, à notre avis, uuiquement produite par le mode d'alimentation. L'agitation prolongée et l'épuisement nerveux qui en a été la conséquence ont aussi puissamment contribué à affaiblir la malade. Nous allons, en effet, citer bientôt l'observation d'une autre aliénée qui a vécu de la même manière pendant cinq mois et demi, et dont la santé s'est maintenue assez bonne malgré un amaigrissement progressif. Cette aliénée avait déjà peu de temps auparavant été nourrie six semaines à l'aide de la sonde, et elle se trouvait sous ce rapport dans des conditions de santé moins bonnes peut-être que la femme M...

L'absence de toute altération appréciable dans le pharynx et l'œsophage, après plus de trois cents introductions de sondes œsophagiennes, mérite d'être notée ; on se rappelle, en effet, les ecchymoses trouvées dans ces parties, après douze jours, chez un aliéné dont j'ai rapporté plus haut l'observation. Dans ce cas il n'y avait eu que seize opérations ; mais elles avaient été faites avec une grosse sonde œsophagienne sans conducteur ; le plus souvent cette sonde se repliait dans le pharynx.

Il nous importe surtout de faire remarquer que l'opération, répétée près de trois cents fois avec la sonde à double mandrin, a dans *tous les cas* été prompte et facile, malgré l'obstacle de la base de la langue et les violents efforts que faisait la malade.

Je n'ai qu'à rappeler le fait d'Esquirol, et l'impossibilité où fut M. Dubois de passer la sonde dès le second jour, et les autres observations analogues que j'ai citées, pour prouver que ce résultat n'est pas sans intérêt.

Les tentatives avec la sonde ordinaire ont échoué chez cette malade *cinq fois sur huit* quand on a trouvé l'obstacle de la base de la langue. Ce fait, à notre avis, prouve autant que possible l'avantage du conducteur, qui permet dans tous les cas à la sonde de résister à la pression et l'empêche de se recourber.

Obs. II. — *Monomanie ; refus d'aliments pendant cent soixante jours ; alimentation forcée à l'aide de la sonde à double mandrin* (1).

« Laure, quarante-neuf ans, fille sans profession, est entrée pour la premiére fois à la Salpêtrière le 20 janvier 1846. Les renseignements sur les antécédents ont été fournis par son oncle, qui est en même temps son père adoptif, et avec lequel elle habite depuis longues années. Elle a reçu une bonne éducation, elle était d'un caractère entier, quoique doux, habituée à faire dominer sa volonté, et ne cédant jamais dans les discussions. Depuis l'âge de vingt ans, elle a été assez souvent malade ; elle se croyait atteinte de plusieurs affections mortelles et de tous les maux dont on parlait devant elle. Elle a beaucoup lu, mais sans ordre, sans discernement, s'exaltant facilement pour tel ou tel auteur ; elle a connu assez particulièrement Broussais, a longtemps médité ses ouvrages, et ne rêvant plus qu'inflammation, irritation, elle s'est mise au régime végétal, se nourrissant de légumes, de

(1) Cette malade, avant d'entrer dans mon service, avait déjà été dans celui M. Mitivié, où elle avait passé près de six semaines sans manger. Je cite textuellement cette première partie de l'observation d'après M. Blanche fils, interne de service.

fruits, buvant de l'eau ; la phrénologie l'a surtout beaucoup occupée. Elle a éprouvé d'assez grands chagrins domestiques, et c'est de cette époque que date sa maladie, dont l'invasion a été subite, il y a deux ans environ. Elle fait à différentes reprises plusieurs séjours dans une maison de santé, et est enfin amenée à la Salpêtrière le 20 janvier 1846. Elle arrive dans un état d'exaltation extrême, entremêlant les mots de Laure Grouvelle, Fieschi, Broussais, crâniologie, phrénologie, charte constitutionnelle, magnétisme. Un bain de trois heures ne la calme pas ; elle ne veut pas manger, dans la crainte d'être empoisonnée.

« 25. Depuis son entrée, la malade n'a rien mangé ; je la menace de lui introduire une sonde par le nez ; elle me répond avec calme et sang-froid que je peux ne pas attendre jusqu'au lendemain, qu'elle est bien décidée à ne rien prendre avant qu'on ne lui ait rendu sa liberté, qu'elle préfère la mort. Puis elle m'annonce que jadis elle a fait une chute grave sur le nez, qu'elle souffre encore de la narine droite, et elle me prie de lui introduire la sonde du côté gauche.

« 27. Toutes les tentatives faites pour l'engager à se nourrir et pour la faire manger de force ont été infructueuses. Elle s'affaiblit, ne peut plus se tenir sur ses jambes ; elle me dit qu'elle meurt de faim et de soif, mais que pourtant elle ne mangera que quand elle aura sa liberté ; on la porte au parloir, où son père en larmes la supplie de manger ; elle est inexorable. Enfin je l'avertis que le soir même je lui introduirai la sonde ; elle me répond qu'elle est prête à tout souffrir. En me voyant arriver, elle se met tranquillement sur son séant ; je lui renouvelle mes instances, auxquelles elle résiste toujours avec calme et fermeté ; on apprête la sonde ; la seringue laisse échapper le bouillon ; elle nous indique elle-même de l'air le plus naturel, et comme si tous ces apprêts s'adressaient à une personne qui lui fût entièrement indifférente, qu'il faut ou ajouter du chanvre, ou bien encore tremper le piston dans de l'eau chaude. Tant de sang-froid m'épouvante ; l'alimentation par la sonde est d'une durée nécessairement bornée ; elle est incomplète, insuffisante ; en présence d'une volonté aussi arrêtée, ne vaut-il pas mieux faire des concessions ? Je dis alors à mademoiselle C... que, si elle consent à manger, dans trois jours elle sera libre. Je m'engage solennellement à tenir ma parole, et j'obtiens qu'elle prenne de la nourriture.

« Depuis le 27 janvier jusqu'au 30, jour de la sortie accordée par M. Mitivié, elle mange comme toutes ses compagnes, est fort calme, mais elle conserve toujours ses idées délirantes.

« Rentrée dans sa famille, elle s'exalte de nouveau, prétend que je n'ai pas tenu ma parole, parce qu'elle n'a pas toute sa liberté, la police lui défendant de sortir seule dans la rue. Son père l'accompagne à la promenade; elle parle à haute voix et ameute les passants; on est obligé de lui interdire toute sortie, et depuis le 5 février elle refuse de manger. La voyant bien décidée à ne plus prendre de nourriture, son père la laisse sortir, préférant qu'elle soit arrêtée; elle fait de nouvelles extravagances, est arrêtée en effet et conduite de nouveau à la Salpêtrière le 27 février. A son entrée, elle nous annonce avec le même sang-froid que, privée de sa liberté, elle ne mangera plus. Cette résolution bien ferme ne pouvant être vaincue, on décide, sans attendre que la malade s'affaiblisse et souffre de la faim, qu'on lui introduira la sonde œsophagienne dès le lendemain. A toutes mes prières, à mes menaces, elle répond par un refus péremptoire; je lui introduis donc par le nez une sonde de moyen calibre, qui pénètre facilement. Depuis le 28 février jusqu'au 20 avril, je lui introduis la sonde deux fois par jour, et on la nourrit ainsi avec de la fécule au gras, au maigre, de la gelée de viande, de l'eau et du vin sucrés. Tous les deux jours elle prend un bain gélatineux d'une demi-heure. Quand le temps est beau, on la met au soleil, car, de même qu'elle ne veut pas manger, elle ne veut marcher que pour aller au parloir voir son père ou sa sœur; quand la visite est terminée, elle dit tranquillement : Maintenant que j'ai fait ce que je désirais, je ne marche plus. Et si on ne la porte, elle s'affaisse contre le mur et se laisse tomber. Une seule fois elle consentit à manger; c'était le 5 avril; je lui dis qu'elle me rendrait un véritable service en m'évitant la peine de revenir le soir; elle me promit de manger seule et tint parole.

« Le 20 avril, M. Mitivié lui assure que si pendant huit jours de suite elle consent à manger, que si elle est calme, régulière, que si elle renonce à toutes ses prédications sur le magnétisme, il lui rendra la liberté; l'épreuve est trop longue, et elle n'a pas la force de la supporter. Elle refuse de nouveau les aliments, sur la menace qu'il faudra prolonger encore l'épreuve.

« C'est alors que la malade fut transférée dans le service de M. Baillarger, où elle entra le 2 mai. »

Je n'ajouterai rien aux détails qui précèdent; ils suffisent pour bien faire connaître l'état de la malade et la nature de son délire.

Le lendemain de son arrivée dans mon service, je déterminai mademoiselle L... à manger en lui promettant sa sortie prochaine à certaines conditions, mais sans fixer d'époque précise. Je par-

vins avec beaucoup de peine à gagner ainsi jusqu'au 23 juin ; mais à partir de ce jour, la malade recommença de nouveau à refuser toute nourriture, en annonçant qu'elle persistera tant qu'on ne lui accordera pas sa liberté. Après avoir vainement cherché à la faire renoncer à sa résolution, je lui fis introduire la sonde œsophagienne à double mandrin matin et soir, à partir du 25 juin.

Mademoiselle L... n'opposait aucune résistance, et l'opération se faisait toujours avec une extrême facilité. On injectait soit du consommé, soit du chocolat, de la bouillie, de la fécule de pomme de terre au gras et du vin de Bordeaux.

Après trois mois, M. le préfet de police vint visiter la Salpêtrière ; il vit la malade, lui promit la sortie si elle consentait à manger pendant quinze jours ; mais elle voulut imposer des conditions impossibles à remplir, et on dut continuer l'usage de la sonde.

Après *cinq mois et demi* d'alimentation forcée, mademoiselle L... n'avait encore éprouvé aucun dérangement intestinal ; elle n'avait pas de fièvre, se levait et se promenait un peu chaque jour ; cependant elle avait beaucoup maigri.

On cherchait presque chaque jour à la faire revenir de sa résolution, mais elle se montrait toujours aussi exigeante. Elle voulait qu'on lui délivrât un certificat, constatant qu'elle n'avait jamais été aliénée. Ce certificat devait être signé de trois ou quatre médecins, et approuvé par le préfet de police. On eût pu bien facilement la tromper, mais je pensais qu'on n'arriverait point ainsi au but désiré.

Enfin, le 4 décembre, après 160 *jours* d'alimentation forcée, je parvins à décider la malade à reprendre des aliments, en lui promettant sa sortie quinze jours après, mais sans autre condition.

Aujourd'hui, 5 janvier, mademoiselle L... a repris des forces et de l'embonpoint. Depuis trente jours non seulement elle mange seule, mais elle prend, malgré mes conseils, une trop grande quantité de nourriture. Aussi a-t-elle eu de la diarrhée à deux reprises, ce qui n'avait jamais eu lieu pendant les 160 jours d'alimentation forcée. Un prétexte a permis de faire rester mademoiselle C... quelques jours de plus à la Salpêtrière. J'espère, si on ne peut se dispenser d'accorder la sortie, placer la malade dans une maison où elle sera surveillée pendant quelques jours. Ensuite, on la ramènera à l'hospice dans un autre service : on aura ainsi gagné plus d'un mois d'une bonne alimentation, et

peut-être après sa rentrée, la malade ne recommencera-t-elle pas l'épreuve si dangereuse qu'elle vient de traverser.

Cette seconde observation n'est pas moins curieuse que la première, et tout fait espérer que la maladie aura une issue moins fâcheuse.

Le premier fait à remarquer, c'est que pendant cette alimentation forcée de 160 jours, il n'y a jamais eu ni diarrhée ni fièvre. Mademoiselle C..., depuis quinze jours, a pu digérer chaque jour une très grande quantité d'aliments, ce qui prouve que les fonctions digestives n'ont point été altérées,

Le cathétérisme œsophagien, avec la sonde à double mandrin, a été pratiqué 320 *fois* et toujours avec facilité. Quoique la malade ne fît aucune résistance, la sonde n'en venait pas moins arc-bouter souvent sur la base de la langue. Il fallait alors attendre quelques instants pour pénétrer dans l'œsophage. Un jour on tenta d'introduire une sonde sans conducteur. L'extrémité de cette sonde vint aussi appuyer sur la base de la langue, et l'opérateur, malgré son habileté et la longue habitude qu'il avait de l'opération, ne put faire pénétrer l'instrument dans l'œsophage. Cette tentative n'a pas été renouvelée, et je ne pense pas qu'il faille en conclure qu'à cette époque, le cathétérisme, avec la sonde œsophagienne ordinaire, eût été impossible. Je crois seulement qu'on aurait souvent éprouvé des difficultés qui auraient nécessité plusieurs tentatives.

Obs. III. — La nommée P..., Irlandaise, âgée de soixante-dix ans, d'une constitution forte, est depuis plus de dix ans à la Salpêtrière, atteinte de monomanie religieuse.

Le 22 août 1846, sans qu'on ait pu savoir pourquoi, cette femme refuse toute nourriture. Plusieurs fois par jour on lui offre en vain les aliments qu'elle préférait.

Le 23, après bien des instances, elle demande un mets irlandais composé de riz, de poulet et de piment; on le lui prépare immédiatement; mais elle le refuse, et consent seulement à boire un demi-verre de lait.

Le 24, refus obstiné de prendre la moindre chose. Même refus le 25; on se décide alors, à cause de son état de faiblesse, à lui injecter du consommé et un peu de vin de Madère, au moyen de la sonde œsophagienne; l'injection était à peine terminée, que la malade manifesta son contentement et le bien-être qu'elle éprouvait. Pendant quinze jours, toutes les tentatives faites dans le but de lui faire accepter des aliments restent infructueuses; on est obligé de répéter deux fois par jour l'opération du cathétérisme œsophagien. Après ce temps, P... recommença à man-

ger seule, mais elle ne prenait qu'une petite quantité d'aliments. Elle s'affaiblit graduellement sous l'influence d'une affection cancéreuse de l'utérus, et succomba peu de temps après.

Chez cette malade, l'introduction de la sonde à double mandrin a toujours été d'une extrême facilité. P... d'ailleurs ne faisait aucune résistance, et l'opération était des plus simples.

Si l'on cherche à résumer les faits qui précèdent, on voit :

1° Que la sonde œsophagienne à double mandrin a été introduite :

Chez une malade.	280 fois.
Chez une autre.	320
Chez une troisième.	20
En tout.	620

2° Que ces six cent vingt opérations ont été faites avec facilité en moins d'une minute, sans le moindre accident, et que, dans tous les cas, une seule tentative a suffi (1).

3° Que l'une des malades ayant succombé après deux cent quatre-vingts opérations, il a été impossible de découvrir la moindre lésion dans le pharynx ou l'œsophage.

4° Que chez cette malade, la sonde œsophagienne sans conducteur, essayée *neuf fois*, a échoué *cinq fois* entre les mains des mêmes personnes qui avaient *toujours*, et sans *exception*, introduit sans difficulté la sonde à double mandrin.

Ces faits peuvent légitimement faire espérer :

1° Qu'on pourra désormais nourrir, *dans tous les cas*, *les aliénés*, à l'aide de la sonde à double mandrin, et qu'on ne sera plus obligé de renoncer à ce moyen, comme cela a eu lieu dans les faits observés par Esquirol, MM. Trélat et Barbier.

2° Qu'on pourra aussi cesser, dans tous les cas, d'avoir recours à des moyens violents pour ouvrir la bouche, et qu'on n'aura plus à redouter pour les malades des luttes douloureuses qui les épuisent.

3° Qu'on évitera toujours ces tentatives infructueuses, répétées chez quelques aliénés jusqu'à cinq ou six fois, pour faire pénétrer dans l'œsophage les sondes sans conducteur (2).

(1) La sonde a pénétré *cinq à six fois* dans le larynx, mais on s'en est toujours aperçu immédiatement et il a suffi de la retirer d'un demi-pouce et de l'enfoncer ensuite pour terminer l'opération : ce n'est donc pas là, à proprement parler, un accident.

(2) J'ai parlé au commencement de ce travail de l'asphyxie produite par l'injection des aliments dans les voies aériennes. Depuis lors, M. Dupuy, ancien interne provisoire à Bicêtre, m'a rapporté le fait suivant qu'il a observé dans cet hospice :

Un malade, chez lequel on avait introduit la sonde matin et soir depuis sept à huit jours, est mort tout-à-coup *asphyxié pendant l'opération*, alors que

IX. MALADIES SYPHILITIQUES.

20. *Traitement de la blennorrhagie chez la femme*; hôpital du Midi. — M. Ricord.

(Suite et fin : *voir* t. XII, décembre 1846, p. 154.)

(Gazette des Hôpitaux, N° 115 ; 1846.)

Traitement de la blennorrhagie vulvaire. — Lorsque l'inflammation catarrhale affecte seulement la vulve, elle constitue une maladie très-légère et facile à guérir. Quelques lotions avec la solution de nitrate d'argent, une ou deux fois par jour, l'isolement des surfaces avec des plumasseaux de charpie sèche, suffisent le plus ordinairement pour faire disparaître la maladie en quelques jours, quelquefois même en moins de quarante-huit heures.

Il n'en est pas de même lorsque la phlegmasie a gagné un peu en profondeur, dans la vulve folliculaire, par exemple, et chez les femmes dont les tissus présentent des follicules profonds. Avec les moyens que nous venons d'indiquer, chez ces femmes, on guérit la surface ; mais si l'on y regarde de près, si l'on examine avec beaucoup d'attention les régions malades, on voit sortir de quelques points des gouttelettes de muco-pus. Quelque chose que l'on fasse, quelques lotions que l'on emploie, la blennorrhagie ne guérit pas, et l'affection résiste. La seule manière de s'en rendre maître, c'est d'atteindre le fond du follicule avec le nitrate d'argent, ou mieux encore, de diviser le follicule avec l'instrument tranchant, avec un couteau à cataracte, par exemple, et

l'instrument était bien réellement dans l'œsophage. Ce malade, en effet, après l'introduction du tube œsophagien, avait parlé, et il n'y avait aucun indice de gêne dans la respiration. Mais ce qui est encore plus probant, s'il est possible, c'est qu'on avait pu injecter une pleine seringue de semoule sans déterminer aucun accident. Ce n'est que pendant l'injection de la seconde seringue que, le liquide étant tout-à-coup *revenu avec force par la bouche et par les fosses nasales*, le malade fut pris de suffocation et succomba en *moins de quelques minutes*.

A l'autopsie, on trouva dans l'estomac deux à trois verres de liquide ne contenant plus de semoule; il y en avait, au contraire, quelques grains à l'orifice supérieur du larynx; mais on n'en a trouvé ni dans la trachée ni dans les bronches.

Ce cas me paraît devoir être rapproché des faits d'asphyxie signalés pour la première fois par M. Mérat dans quelques cas d'ivresse, et produits par l'entrée des matières vomies dans les voies aériennes. Si les ivrognes s'asphyxient quelquefois quand ils vomissent sur le dos, si cela arrive aussi chez les très-jeunes enfants, on concevrait facilement que le même accident eût lieu chez des malades qu'on *maintient de force couchés sur le dos*, et qui ont en outre une sonde dans les fosses nasales, le pharynx et l'œsophage, ce qui peut modifier l'acte du vomissement.

Quoi qu'il en soit, le fait de M. Dupuy, rapproché de ceux qui ont été cités par M. Mérat, mérite de fixer l'attention. Il peut, en effet, mettre en garde contre le danger du vomissement pendant l'opération, surtout si le malade est maintenu couché sur le dos.

de badigeonner le fond de la cavité avec le caustique, soit solide, soit en dissolution. Il est certaines blennorrhagies vulvaires dont on ne pourra venir à bout qu'en cherchant de cette manière les points affectés.

Ici, comme vous le voyez, il n'est pas besoin de mettre en usage des médicaments accessoires. Un peu de régime, du repos, et ces simples moyens sont très-souvent suffisants.

Mais il y a des cas où la maladie ne se borne plus à un simple érythème; il survient un état phlegmoneux. On a recours alors aux antiphlogistiques ; une ou deux saignées du bras, des bains entiers, des fomentations émollientes, des cataplasmes de farine de riz, de fécule, sont les premiers moyens dont l'usage est indiqué. Nous préférons, dans les cas de cette espèce, la farine de riz ou la fécule à celle de lin, qui détermine quelquefois la production d'eczéma.

Quant aux applications de sangsues, il faut prendre les plus grandes précautions. Une femme se présente au chirurgien, affectée de vulvite assez intense : on ne sait point encore d'une manière rigoureuse quelle est la nature de sa maladie ; indépendamment de l'affection catarrho-phlegmoneuse, on ne peut savoir s'il n'y a point quelque part une ulcération primitive, inoculable ; et l'on sait combien, chez les femmes, il est difficile de tout explorer. Rien de plus malaisé, lorsque l'on a examiné une femme, que d'affirmer d'une manière certaine que cette femme n'a rien. Dans l'incertitude où l'on se trouve sur l'existence du chancre dans certains cas de blennorrhagie vulvaire, il faut, autant que possible, ne pas mettre de sangsues dans des conditions qui risquent de favoriser les inoculations. Ainsi, pas de sangsues au pli génito-crural ni dans le voisinage de l'anus, points où des écoulements suspects peuvent venir apporter la contagion ; pas de sangsues dans les parties déclives. On peut en mettre à l'hypogastre, dans les points les plus élevés du pli de l'aine ; et surtout l'on doit prendre la précaution de tenir les parties où on les applique exactement couvertes, de manière qu'il n'y ait pas de possibilité d'inoculation de chancre. C'est pour avoir été pris de cette manière que nous vous tenons aujourd'hui ce langage, et que nous vous recommandons ces précautions.

Nous vous avons parlé d'une complication de la vulvite ; nous voulons dire les abcès des grandes lèvres. Ces abcès doivent toujours être ouverts de bonne heure ; on ne saurait vraiment trop se hâter d'y porter le bistouri. Il n'y a jamais de bénéfice à attendre longtemps, et souvent il peut, de cette expectation, résulter des accidents très-graves. Du moment où un abcès se

termine par suppuration, et que la fluctuation est déclarée, hâtez-vous d'ouvrir la tumeur; il n'y a pas de région où la suppuration se forme plus rapidement que dans le tissu cellulaire des grandes lèvres. Si vous tardez à ouvrir l'abcès, le pus a une grande tendance à fuser du côté du rectum; il file entre les feuillets de la cloison recto-vaginale, et l'abcès, même dans quelques cas, a été s'ouvrir dans le rectum, en même temps qu'il s'ouvrait à l'extérieur par la vulve.

L'ouverture de ces abcès doit être faite largement, et surtout il faut prendre garde de débrider incomplétement et de laisser un cul-de-sac, qui pourrait devenir plus tard la cause de la formation d'un nouvel abcès.

Traitement de la vaginite. — Lorsque l'inflammation du vagin n'est pas compliquée du développement pathologique des follicules, constituant la variété à laquelle on a donné le nom de *psorélythrie*, elle est ordinairement assez facile à guérir. La vaginite pure, sans complication de catarrhe utérin, est facile à vaincre dans la plupart des cas. Si vous n'avez affaire qu'à une phlegmasie peu intense, s'il n'y a pas de complication, voici le traitement à suivre. Des injections avec la solution d'azotate d'argent, dans la proportion de 2 grammes de sel pour 500 gr. d'eau distillée. Ces injections doivent être faites avec des seringues en verre, comme celles que l'on prescrit aux hommes dans le traitement de l'urétrite.

Et ici, quelques préceptes à donner pour faire les injections chez les femmes. Lorsque vous les leur conseillez, il arrive très-souvent que le liquide de l'injection n'atteint pas toujours le fond du vagin. Il faut donc recommander à la malade de prendre une position qui permette d'atteindre le but que l'on se propose. La femme devra se coucher par terre sur un tapis, les pieds appuyés sur une chaise placée devant elle, par conséquent sur un plan horizontal plus élevé que celui de la tête. De cette façon, le bassin est également soulevé, et le vagin est déclive, de telle sorte que l'ouverture vulvaire est plus élevée que le fond du canal. La canule courbe de la seringue ne devra point être introduite jusque sur le col de la matrice lui-même; ce qui pourrait déterminer des accidents, soit d'une manière mécanique et par contusion directe, soit par la force trop grande du jet du liquide sortant de l'instrument. L'olive de la seringue doit seulement franchir l'anneau vulvaire; une fois l'injection poussée, la femme reste trois ou quatre minutes dans cette position pour laisser au liquide le temps d'agir sur la muqueuse vaginale. Vous n'oublierez pas non plus, car il n'est pas de petit détail qui doive échapper au mé-

decin, de recommander aux femmes de s'essuyer avec de mauvais linges sacrifiés pour cet usage, la solution d'azotate d'argent les teignant en noir. Une ou deux injections par jour suffisent le plus ordinairement.

Concurremment avec ce traitement local, le régime doit être doux ; on entretiendra la liberté du ventre, sans qu'il y ait nécessité d'aucune autre médication dans la vaginite simple. Mais il vous arrivera quelquefois de rencontrer des malades chez lesquelles l'affection ne cède pas. Nous voulons parler des cas dans lesquels il n'y a cependant pas de complication ; dans la vaginite simple, rebelle, soit à la période de début, soit à celle de déclin, que faut-il faire ? Le plus souvent, dans cette vaginite qui résiste, on voit que les tissus du vagin tendent à s'altérer. Une très-bonne chose à faire alors, un très-précieux adjuvant du nitrate d'argent, c'est l'isolement des parois du vagin. Il y a longues années, près de quatorze ans, que nous avons insisté sur les avantages que l'on retire bien évidemment de l'isolement des surfaces malades. On isole à l'aide du tamponnement. Voici comment on s'y prend pour le pratiquer.

On commence par faire faire l'injection. Lorsque le liquide est sorti, on introduit un spéculum qui met à découvert les parties les plus profondes du conduit membraneux. A l'aide d'une pince, on introduit au fond du spéculum des boulettes de charpie fine ou de coton cardé, de manière à faire un cylindre plein de ces substances, qui forme un tampon élythroïde. Il faut avoir vu quelques malades dans ces circonstances et les avoir suivies avec attention pour comprendre tout le bénéfice de cette médication. Ce mode de pansement a cependant un inconvénient ; c'est qu'il est nécessaire de le renouveler au moins une fois, souvent deux fois par jour ; ce qui est désagréable pour la femme, assujettissant pour le médecin. Le plus ordinairement on se sert de charpie sèche ; elle est bien préférable au coton cardé : le coton est un excitant mécanique qui, par sa finesse même, irrite un peu les parties avec lesquelles il est en contact ; puis il n'absorbe pas aussi bien les liquides vaginaux que la charpie.

Pour les mêmes raisons, on doit employer de préférence la charpie de fil : il est bien entendu que chaque pelote ou bourdonnet de charpie ou de coton doit être muni d'un fil qu'on laisse pendre à l'extérieur pour faciliter leur extraction et ne pas nécessiter l'emploi des pinces à pansement.

Si sous l'influence du tamponnement les surfaces ne se modifient pas de suite, un moyen auquel on devra avoir recours, et que nous recommandons par-dessus tout, c'est l'emploi du nitrate

d'argent solide. Une fois le col utérin mis à découvert avec le spéculum, on badigeonne toute la muqueuse vaginale avec le crayon, à mesure que l'on retire le spéculum, et on la cautérise ainsi dans toute son étendue.

Certains écoulements résistent encore à ces énergiques applications locales ; on leur substitue alors les injections fortement astringentes, les solutions de sulfate d'alumine et de potasse, pour les vaginites chroniques non inflammatoires, sans altération de tissus exigeant des cautérisations profondes, nous nous servons d'injections composées suivant la proportion ci-dessous :

Alun,	4 à 8 grammes.
Eau commune froide,	1 litre.

Les malades doivent faire dans les premiers temps deux injections par jour.

Le sous-acétate de plomb liquide peut être employé dans la même proportion.

En général, nous croyons avoir remarqué que les injections d'acétate de plomb, dans les vaginites chroniques sans altération de tissus et qui ont une tendance aux démangeaisons des organes génitaux, réussissent mieux que les injections avec l'eau alumineuse. Dans tous les autres cas, nous préférons l'alun. Dans quelques cas, nous avons tiré un grand parti du tamponnement fait avec des plumasseaux de charpie imbibés de la solution alumineuse dont nous venons de donner plus haut la formule. Ici, les femmes peuvent se faire ce tamponnement elles-mêmes, et c'est souvent la raison pour laquelle nous le prescrivons. C'est encore dans les cas d'écoulements blennorrhagiques vaginaux chroniques que vous trouvez les indications des injections de vin rouge, de vin dans lequel on a fait bouillir des roses de Provins, ou dans lequel on a fait dissoudre 8 ou 10 grammes de tannin pour un litre de liquide : on peut substituer au tannin de 4 à 8 grammes d'alun par litre. Nous avons essayé avec succès aussi les injections avec la décoction de feuilles de noyer, soit simple, soit additionnée de quelques grammes d'alun. Il va sans dire que toutes ces injections doivent être faites froides.

Lorsque la vaginite est aiguë et se complique de phénomènes inflammatoires réactionnels, ce n'est pas par les moyens que nous venons d'indiquer qu'il faut faire commencer le traitement. On entretiendra d'abord la liberté du ventre. Ici, les boissons délayantes, les bains tièdes, les injections pendant le séjour dans le bain, puis les décoctions émollientes et légèrement narcotiques de têtes de pavots, additionnées de quelques cuillerées d'amidon, décoctions qui, dans cette circonstance, doivent être

employées tièdes, et forment dans le vagin une sorte de cataplasme liquide. Il nous a souvent semblé que la décoction de racine de guimauve, que l'on prescrit le plus ordinairement comme émolliente, est un émollient *âcre*, si nous pouvons nous exprimer ainsi, lorsqu'elle est mise en contact avec certaines membranes muqueuses. Chez quelques malades, l'inflammation peut être assez vive pour nécessiter l'emploi de véritables cataplasmes intravaginaux, que l'on compose en faisant injecter dans le vagin la fécule, la farine de graine de lin, en consistance demi-solide, et préparée comme pour faire un cataplasme ordinaire.

Traitement du catarrhe utérin. — Le catarrhe utérin peut se présenter soit à l'état d'acuité, soit à l'état chronique. Aigu, il exige un traitement antiphlogistique énergique, proportionné dans tous les cas à l'intensité et à l'état d'acuité de l'affection. Pour peu que l'on ait affaire à un catarrhe utérin d'une certaine acuité, à une métrite parenchymateuse, on retire de grands avantages de l'emploi des saignées générales. Si l'on a affaire à des sujets faibles et débilités par une cause quelconque, que l'on ne puisse point pratiquer des saignées du bras et qu'il faille recourir aux sangsues, quel est l'endroit où il faut les appliquer? Ce n'est point au pli génito-crural, ce n'est point à l'anus; la même remarque trouve ici son application que nous avions faite précédemment. Les sangsues, appliquées au pourtour de la vulve, contribuent plus à fluxionner le système utérin en y attirant le sang qu'à le dégorger. Le lieu d'élection, pour l'application des sangsues, c'est la région sacro-lombaire de préférence à toute autre. Rappelez-vous seulement que, chez les femmes un peu grasses, les sangsues appliquées à la région sacro-lombaire saignent peu, et qu'il faut par conséquent en appliquer un plus grand nombre. Au nombre des moyens antiphlogistiques, les bains occupent sans contredit la première place, mais toujours des bains entiers. Autant l'on obtient de bons effets des bains entiers dans ces circonstances, autant les bains de siége sont nuisibles. C'est là un précepte sur lequel M. Lisfranc ne cesse, et avec beaucoup de raison, d'appeler l'attention des praticiens, et de la vérité duquel vous ne sauriez vous pénétrer trop profondément.

En général, le catarrhe utérin aigu cède assez facilement. Les antiphlogistiques, les injections vaginales émollientes, les cataplasmes, les décoctions sédatives de morelle et de pavot, auxquelles on ajoute quelques gouttes de laudanum de Sydenham, en font assez promptement justice. Mais lorsqu'il s'agit d'écoulements chroniques, il n'en est plus de même.

Une fois le catarrhe utérin établi d'une manière chronique, dans quelques circonstances heureuses, mais rares et comme exceptionnelles, les moyens que nous avons signalés pour l'écoulement aigu ont pu avoir assez d'influence sur l'utérus pour faire disparaître cette affection. Mais souvent la vulve se guérit, le vagin redevient et reste parfaitement sain, la matrice reste le siége d'un catarrhe chronique. Ce qui nous a quelquefois réussi alors, c'est la cautérisation d'abord des ulcérations granulées avec le nitrate d'argent ou le nitrate acide de mercure ; pour être juste, nous devons dire que ces dernières sont incontestablement de beaucoup préférables aux autres, et sont plus efficaces que les premières. Mais ceci ne peut s'appliquer qu'à l'extérieur.

S'agit-il de pénétrer dans la cavité de l'utérus lui-même, on se sert, pour y porter le nitrate d'argent, du porte-caustique de M. Lallemand pour le canal de l'urètre. On introduit l'instrument aussi profondément qu'il est possible, puis on le laisse séjourner une ou deux minutes; le nitrate d'argent fond dans l'utérus, et la cautérisation produit là ce qu'elle produit partout. Le jour même ou le lendemain, il y a sécrétion sanguinolente ou séro-sanguinolente par les points qui se sont trouvés en contact avec le nitrate d'argent. On a conclu de ce fait, de cet écoulement séro-sanguinolent, que le nitrate d'argent était emménagogue. C'est une erreur profonde. Le nitrate d'argent agit sur les tissus de la matrice comme il agit sur la muqueuse de l'urètre chez l'homme, et l'on sait combien est fréquent, dans le traitement de la blennorrhagie de l'homme par les injections de nitrate d'argent à haute dose, le suintement ou même l'écoulement sanguin, presque constant, et que l'on serait presque tenté de considérer comme un des éléments de la guérison.

Il y a des circonstances dans lesquelles, malgré ces cautérisations intra-utérines avec le nitrate d'argent, malgré le tamponnement péri-utérin, la maladie résiste. Que faut-il faire alors? Les auteurs sont partagés sur ce point. Les uns engagent les malades à conserver cette affection sans s'en inquiéter davantage; d'autres, et nous sommes de ceux-là, pensent qu'il faut chercher à guérir cet écoulement. Nous avons essayé les injections intra-utérines pour tâcher d'atteindre directement la membrane muqueuse qui tapisse cet organe. Nous croyons être le premier qui ait tenté les injections dans l'intérieur même de la matrice. On trouvera, dans les Mémoires de l'Académie de médecine, les communications que nous avons faites sur ce sujet à ce corps savant. Nous les avons pratiquées avec le nitrate acide de

mercure, le nitrate d'argent, les préparations d'iode, etc.

Voici ce qui se passe lorsque l'on fait avec quelqu'une de ces substances des injections dans la cavité utérine. Le plus souvent, les femmes sont prises de douleurs très-vives dans la région hypogastrique, douleurs affectant un caractère particulier et constituant ce que l'on appelle les *coliques utérines*. Ces coliques ont un retentissement dans les régions iliaque et lombaire, et s'accompagnent quelquefois d'accidents nerveux très-prononcés, hystériformes, qui donnent tout à coup à la maladie beaucoup de ressemblance avec une péritonite suraiguë débutant d'une manière apoplectique. Cette analogie est tellement grande entre les douleurs utérines et celles du début de la péritonite suraiguë, que quelques auteurs les ont données, dans les cas d'injections utérines, comme des symptômes de péritonite véritable. Nous avons fait pour notre part un grand nombre d'injections utérines, jamais nous n'avons eu de péritonite. Les douleurs déterminées par l'injection durent quelques heures, six ou huit au plus. C'est l'analogue, avec un peu d'exagération peut-être, de ce qui se passe dans certaines injections de la tunique vaginale.

Si l'on fait l'injection avec lenteur et ménagements, ces accidents ne se développent pas ordinairement, ou sont de peu d'intensité, et présentent peu de gravité. Cependant, comme on ne peut pas toujours prévoir ce qui va arriver, et que, malgré toutes les précautions, des accidents peuvent ici survenir comme après toutes les autres opérations, même les plus simples, nous ne conseillons pas aux jeunes praticiens de la ville de mettre en usage ces injections intra-utérines. La nouveauté, et en quelque sorte la singularité de l'opération, ne manqueraient pas de leur nuire beaucoup si le résultat n'en était pas heureux.

Quelques auteurs ont dit que le liquide de l'injection pouvait passer dans la cavité du péritoine. Sur le cadavre, on a fait des expériences avec des liquides colorés, et l'on a pu faire pénétrer, en effet, le liquide dans le péritoine, en fixant préalablement sur la canule de la seringue le col utérin avec une ligature fortement serrée, et en pratiquant une injection forcée. De cette manière, mais de cette manière seulement, on a pu, chez des femmes récemment accouchées, faire pénétrer le liquide de l'injection dans les sinus veineux très-développés, comme ils le sont à la fin de la gestation. Nous ne le nions pas; mais, nous le répétons, sur qui et comment ont été faites ces injections ? Sur le cadavre seulement, et au moyen de manœuvres forcées. Que si, au contraire, vous introduisez dans le col et dans la cavité de l'utérus une canule tellement fine et étroite qu'il reste un inter-

valle entre l'instrument et le col ; si, de plus, vous poussez le liquide doucement, il aura beaucoup plus de facilité à sortir par le col utérin qu'à pénétrer dans le péritoine par les trompes, qui ne sont traversées que par un canal véritablement capillaire à l'état normal. Ajoutez à cela que la vitalité des tissus, la nature des liquides astringents, contribuent à resserrer encore les parois de ces conduits, et vous verrez que cette crainte est tout à fait illusoire. Elle est aussi peu fondée que celle qu'ont conçue quelques auteurs de faire pénétrer le liquide des injections urétrales dans la vessie, en ne se servant que d'une seringue de verre ordinaire.

Pour faire ces injections, voici comment nous nous y prenons : la seringue est munie d'une canule très-étroite en gomme élastique, de la longueur du vagin ; la seringue, composée d'un double corps de pompe, l'un intérieur, destiné à contenir le liquide médicamenteux, l'autre extérieur, rempli d'eau simple, se manœuvre à l'aide d'un double piston, de telle sorte que chacun peut agir indépendamment de l'autre. Le liquide que nous employons maintenant est une solution d'iode dans la proportion de deux à trois grammes d'iode pour 100 grammes d'eau distillée, ou de nitrate de mercure au huitième, au dixième, ou moins encore, soit enfin de nitrate d'argent. Ce sont maintenant les injections iodées auxquelles nous donnons la préférence. L'injection doit se faire avec beaucoup de lenteur et de précautions. On commence par injecter dans la cavité utérine la valeur de deux ou trois cuillerées à café d'eau simple pour laver la muqueuse qui tapisse l'organe ; puis la même quantité du liquide médicamenteux : puis enfin on pousse de nouveau le piston extérieur pour remplacer le topique par de l'eau pure. Nous vous recommandons, si jamais vous avez à faire des injections intra-utérines de cette espèce, de faire usage de cette double seringue, imaginée par M. Charrière, et qui offre l'immense avantage de substituer l'un à l'autre liquide sans être obligé de changer d'instrument. C'est principalement chez les femmes scrofuleuses que nous employons avec avantage la teinture d'iode, qui réussit mieux chez elles que chez toutes les autres.

On a proposé, comme moyen pouvant être utile, le tamponnement de la cavité utérine elle-même. Si le tamponnement du vagin et l'isolement des surfaces est suivi d'heureux résultats, celui de l'utérus sera également efficace ; mais seulement il est très difficile à exécuter, et les manœuvres que l'on tente sur l'utérus pour introduire les mèches de charpie peuvent devenir la cause d'excitation nerveuse, susceptible de produire des acci-

dents graves. Cependant, ce sont là des moyens à ne pas négliger.

Jusqu'à présent, nous avons parlé du traitement local exclusivement ; pour le traitement général, il faut étudier d'abord l'état des malades qui se présentent à vous. Ce sont des femmes lymphatiques le plus souvent, se trouvant dans des conditions de chlorose et d'anémie, d'appauvrissement du sang; souvent chez elles la peau fonctionne mal. Vous aurez recours à la flanelle; vous conseillerez les amers, les ferrugineux. Un moyen que l'on a trop vanté, c'est l'emploi du seigle ergoté; nous n'en avons pas retiré d'aussi merveilleux effets que les praticiens qui l'ont conseillé. Chez quelques malades, nous avons avec quelque avantage prescrit le seigle à la dose de 0,60, 0,80, un gramme même par jour. Mais ce moyen, comme tous les autres, échoue fréquemment. L'eau goudronnée peut aussi amener quelquefois la guérison ; les substances regardées comme spécifiques, le cubèbe, le copahu, sont souvent plus nuisibles qu'utiles. Les injections avec l'eau, contenant du cubèbe en suspension dans le traitement de la vaginite, sèchent le vagin pour le moment; mais la guérison ne se soutient pas aussi bien que par les moyens que nous vous avons signalés dans le cours de cette conférence.

Inutile de vous dire que les traitements antisyphilitiques sont non seulement inefficaces, mais nuisibles, et que d'ailleurs il n'y a aucun motif de les mettre en usage.

Lorsque l'urétrite est dans la période aiguë, on se contentera le plus souvent des boissons délayantes; quelquefois un ou deux bains entiers ; quelques sangsues sur la région épigastrique; des lavements émollients. Même à la période d'acuité, la blennorrhagie urétrale est le plus communément peu douloureuse. Une fois la période d'acuité tout à fait passée, le cubèbe et le copahu à l'intérieur, comme chez l'homme, seront avantageux. Il y a entre cette affection chez l'homme et chez la femme la plus parfaite analogie. Il est rare que chez la femme la blennorrhagie urétrale nécessite d'autres moyens. Si cependant elle ne cédait pas promptement, on se trouverait bien de l'emploi des injections de nitrate d'argent dans le canal de l'urètre, ou mieux encore, vu la difficulté des injections urétrales, de l'emploi du crayon de nitrate d'argent introduit dans le canal, et promené à deux ou trois reprises dans toute son étendue.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE ROYALE DES SCIENCES DE PARIS.

SÉANCE DU 18 JANVIER.

Fonctions des nerfs pneumo-gastriques dans la digestion. — M. Sandras lit, en son nom et au nom de M. Bouchardat, un travail fait en collaboration sur la digestion et le rôle que jouent les nerfs pneumo-gastriques dans cette fonction.

On avait remarqué depuis longtemps qu'après la section de ces deux nerfs, la digestion cesse en grande partie.

Les opinions diverses ou même opposées, qui ont été ou qui sont encore soutenues dans la science sur la digestion, ont paru aux auteurs susceptibles aujourd'hui d'être mieux éclairées, et ils ont institué des expériences pour connaître, dans une première série de recherches :

1° Le genre de mort des animaux auxquels on a réséqué les deux pneumo-gastriques au niveau du larynx ;

2° La fonction de ces nerfs dans la digestion stomacale ;

3° La fonction des mêmes nerfs en ce qui regarde la production et l'absorption du chyle ;

4° Enfin le rôle qu'ils jouent en ce qui regarde la digestion des corps féculents. Subsidiairement ils ont voulu savoir, dans une seconde série d'expériences, si, comme l'ont dit Haighton, Béclard et Muller pour la simple section, ces nerfs réséqués étaient capables de se réunir par une cicatrice utile au courant nerveux, par quel mécanisme cette cicatrice pouvait se faire et dans quel temps.

MM. Sandras et Bouchardat croient, dans ce travail, avoir avancé ou du moins éclairé ces questions, laissées douteuses par les expérimentateurs qui les ont précédés. Ils pensent surtout, et c'est là l'objet principal de leur mémoire, avoir ajouté une preuve importante à celles qu'ils ont déjà données de la distinction de plusieurs sortes de digestions indépendantes les unes des autres.

Leurs expériences forment deux séries, l'une relative à l'étude des phénomènes qui suivent la résection immédiate des deux nerfs pneumo-gastriques ; la seconde a trait aux phénomènes qui sont sous la dépendance de résections successives.

Les auteurs résument dans les corollaires suivants les inductions que leur ont fournies les deux séries d'expériences sur les nerfs pneumo-gastriques, surtout en ce qui regarde le rôle qu'ils jouent dans la digestion.

Les faits de la première section démontrent, après résection simultanée des deux nerfs vagues, que :

1° Les lapins ou les chiens ne meurent pas immédiatement quand on leur fait une résection de 10, 12 et même de 20 millimètres des deux

nerfs pneumo-gastriques, dans l'espace qui correspond au larynx et au cartilage cricoïde ;

2° Ce n'est pas par compression de la trachée-artère au moyen de l'œsophage distendu que meurent les lapins, quand ils mangent après qu'on a réséqué les deux pneumo-gastriques au niveau du larynx ;

3° Les chiens ainsi opérés peuvent vivre plusieurs jours sans une gène notable de la respiration ;

4° Pour les lapins comme pour les chiens, les aliments administrés après l'opération ne franchissent pas ou ne franchissent qu'en très-petite quantité le cardia ;

5° Chez les chiens, la digestion stomacale est supprimée, bien que la pâte alimentaire soit encore acide et un peu ramollie à la surface ;

6° La progression des aliments est arrêtée dans le tube digestif à partir de l'estomac, ou du moins considérablement ralentie ;

7° La digestion intestinale continue néanmoins à s'effectuer à mesure que des matières amylacées ou des corps gras pénètrent dans cette partie du canal alimentaire ; quoiqu'il n'y ait pas de chyme préparé, l'amidon est converti en glucose par le suc pancréatique, et les corps gras sont absorbés par les chylifères.

8° Les nerfs vagues, presque insensibles quand on les coupe, ont essentiellement la propriété motrice.

Toutes ces expériences établissent d'une manière très-nette et très-élégante la distinction que les auteurs ont posée entre les digestions stomacale et intestinale, et entre la digestion proprement dite et la chylification.

Les faits de la deuxième section prouvent :

1° que, quand on fait la résection de chaque nerf à plusieurs jours d'intervalle, les chiens, qui ne survivent que quatre ou cinq jours aux résections simultanées, peuvent vivre sept et quinze jours après la seconde résection, dix-sept et trente jours après la première ;

2° Que, dans ce cas, la prolongation de la vie tient sans doute à la réparation de la continuité des nerfs au moyen du tissu intermédiaire dont la production a été décrite et le développement, autant au moins qu'à un mouvement supplémentaire en quelque sorte, venant d'ailleurs, par exemple, du diaphragme et des muscles respiratoires et abdominaux ;

3° Que les animaux ainsi opérés mangent quelquefois avec avidité, quand l'inanition les fait souffrir et les pousse à réparer, mais ne montrent pas une voracité inintelligente et insatiable. Ils cessent de manger ou de boire aussitôt que leur œsophage est plein, et la gène de la respiration par obstruction ou irritation de la glotte les empêche d'aller plus loin ;

4° Qu'à ce moment ils sont forcés de vomir, et leur œsophage se vide

tout entier, sans que les matières contenues dans l'estomac soient rendues;

5° Que cette remarque constante fortifie singulièrement l'opinion des physiologistes qui regardent l'estomac comme actif dans le vomissement.

En résumé, les auteurs croient avoir établi, dans ces recherches, l'*interruption de la digestion et du mouvement de l'estomac* par la résection simultanée de deux pneumo-gastriques au niveau du larynx; la *continuation de la digestion intestinale, de la production et de l'absorption d'un chyle très-louable*, malgré cette résection. C'est ce qui résulte de la première série des expériences.

La seconde série leur a permis d'étudier la *réparation* dans les nerfs précités, en même temps que la *continuation et les troubles de la digestion*, qui résultent alors de l'anomalie que l'on a créée.

Existence et rôle de la créatine dans l'organisme. — M. Liebig a adressé sur ce sujet à M. Gay-Lussac une lettre dont M. Pelouze, en l'absence de cet honorable académicien, donne lecture. Voici les principaux faits importants qu'elle contient.

L'on sait depuis longtemps, dit M. Liebig, que la viande des animaux récemment tués présente une réaction sensiblement acide. M. Berzelius a attribué cette propriété à l'existence de l'acide lactique, sans que jusqu'à ce jour des résultats analogiques aient constaté ce fait d'une manière irrécusable. Plusieurs chimistes ont admis l'acide l'actique dans l'urine, dans le suc gastrique et dans le lait, mais ils appuyaient la preuve de son existence dans ces liquides sur des réactions seulement qui ne présentent aucune certitude. Les recherches de M. Liebig ont eu pour but de faire cesser toute incertitude à l'égard de l'acide organique qui fait partie constituante de l'organisme animal.

Lorsque l'on lave à l'eau froide de la viande d'animaux récemment tués et hachée en fine pulpe, on obtient un liquide rougeâtre qui, chauffé à l'ébullition, donne un coagulum d'albumine et se décolore presque entièrement. Le liquide limpide, à peine jaunâtre, qu'on obtient de cette manière, possède une acidité très-prononcée et une saveur de bouillon très-aromatique et des plus agréables. Quand on le neutralise par de l'eau de baryte, il se précipite du phosphate de baryte et des phosphates de magnésie; il devient légèrement alcalin sans qu'il reste de baryte dans la dissolution. Après la séparation de ces précipités, on en retire par l'évaporation convenable des cristaux de *créatine* découverte par M. Chevreul dans le bouillon de viande.

Les résultats de l'analyse ne sauraient laisser dans l'esprit le moindre doute sur la nature de l'acide organique non volatile répandu dans l'organisme animal; ils expliquent la réaction acide des muscles; et main-

tenant que nous savons que, dans une grande partie du corps des animaux, il se trouve un liquide acide qui n'est séparé d'un fluide alcalin (le sang et la lymphe) que par des membranes très-minces, l'on peut, je crois, se rendre compte de plusieurs phénomènes électriques observés par M. Matteucci et d'autres physiologistes sur les corps des animaux morts.

En opérant sur des centaines de livres de viande, j'ai obtenu une quantité suffisante de *créatine* pour pouvoir soumettre ce corps à un examen approfondi.

M. Liebig croit pouvoir conclure de ses expériences que la créatine fait partie de la chair de toutes les classes d'animaux ; jusqu'à présent il en a constaté la présence dans la chair de bœuf, de veau, de mouton, de cochon, de cheval, de lièvre, de poule et de brochet. La belle découverte de M. Chevreul, qui a décrit les propriétés physiques de ce corps avec une grande précision, devient d'autant plus importante qu'on ne peut pas douter que la créatine ne joue un grand rôle dans les actions vitales. Il est certain du moins que le bouillon de viande ne peut être remplacé ni par la gélatine ni par aucun liquide retiré d'une autre partie de l'organisme animal, excepté des muscles. Il a trouvé la créatine dans le cœur de bœuf, mais non dans le cerveau, le foie, le poumon et les reins.

La créatine appartient par sa cristallisation au système klinorrhomboïdal ; elle est un corps neutre ou indifférent qui se dissout dans des liquides alcalins ou acides faibles et peut en être retiré sans avoir éprouvé aucun changement ; mais en présence des acides ou des alcalis caustiques concentrés, ses propriétés sont changées. En présence des acides énergiques, la créatine se transforme en une base organique ayant des propriétés très-remarquables. La matière combinée avec l'acide n'est plus de la créatine et ne peut plus être transformée en ce corps ; c'est un corps nouveau que M. Liebig propose d'appeler *créatinine*, et qui se forme en présence des acides hydrochlorique et sulfurique par le seul déplacement de quatre atomes d'eau.

La créatine contient les éléments de la glycocolle (suc de gélatine anhydre) plus un atome d'ammoniaque ; la créatinine ceux de la cafféine, plus un atome d'amidine.

Les extraits de toutes les viandes sur lesquels M. Leibig a opéré, évaporés jusqu'à siccité et calcinés au rouge laissent une cendre blanche qui ne contient que des phosphates. Les liquides provenant de chair de bœuf et de cheval laissent un mélange de phosphate alcalin (de potasse te de soude), précipitant les sels d'argent en jaune, et de pyrophosphate de soude et de potasse qui le précipitent en blanc. La chair de poule laisse des pyrophosphates purs. Le rapport des sels de potasse et de soude dans les liquides de la chair et dans le sang est très-différent. Pour 1

équivalent de potasse, le sang de bœuf renferme 12 à 13 équivalents de soude. Ce rapport est inverse dans l'extrait aqueux de la chair du même animal. Le sang du cheval contient, pour 1 équivalent de potasse, 3,62 équivalents de soude. Pour la même quantité de soude, la chair du même cheval contient 6,9 équivalents de potasse. Ces rapports conduiront à quelque conclusion importante, si l'on se rappelle que dans le lait ce sont les sels de potasse qui prévalent. Si réellement un sel de soude (un phosphate de soude) est nécessaire et indispensable pour la constitution du sang de beaucoup d'animaux, il s'ensuivrait que l'addition du chlorure de sodium à la nourriture de ces animaux est aussi nécessaire et indispensable, pour tous les endroits où les plantes de fourrage ne renferment pas de phosphate de soude ou de sels de soude, comme cela a lieu dans beaucoup de pays d'Allemagne. On conçoit aisément que le chlorure de sodium, par une décomposition réciproque avec le phosphate de potasse, (qui est la partie prévalante dans nos grains de froment) peut fournir du phosphate de soude et du chlorure de potassium ; et ce dernier sel ne manque jamais dans les liquides de la chair.

Ether sulfurique. — M. Ducros réclame, dans une lettre adressée à l'Académie, la priorité de la découverte de la nouvelle propriété attribuée à l'éther sulfurique.

Le fait d'avoir reconnu que l'éther sulfurique amène un sommeil cataleptique, dit-il, lui appartient en propre. MM. Jackson et Morton n'auraient fait que reproduire chez l'homme, en Amérique, ce qu'il avait fait chez les animaux en France. Tous ses titres à cet égard sont renfermés dans un mémoire qu'il a adressé le 16 mars 1846, intitulé : *Effets physiologiques de l'éther sulfurique d'après la méthode buccale et pharyngienne.* On lit entre autres propositions, dans les conclusions de ce mémoire, les suivantes :

1° L'éther sulfurique employé en frictions d'après la méthode pharyngienne amène, chez les animaux du genre gallinacé, un sommeil instantané caractérisé par la fermeture des yeux, par le hérissement des plumes, etc.

2° Au milieu de ce sommeil, donne-t-on de la morphine, de l'acétate de morphine, de l'extrait gommeux d'opium, au lieu d'augmenter le sommeil, on le détruit instantanément.

3° L'éther soporifère, d'après la méthode buccale et pharyngienne dans le genre gallinacé, jouit des mêmes propriétés chez les autres animaux et chez l'homme, etc.

La lettre de M. Ducros est accompagnée d'un nouveau mémoire dont nous reproduisons textuellement les conclusions.

Rapidité d'action thérapeutique et innocuité intoxicatrice de l'extrait de belladone, d'après la méthode buccale et pharyngienne,

dans les toux quinteuses de la bronchite et de la toux acquise non héréditaire.

1° L'éther sulfurique jouit de propriétés soporifères spéciales ; j'ai démontré ces propriétés dans un mémoire que j'ai présenté, le 16 mars 1846, à l'Académie des sciences, et intitulé : *Effets physiologiques de l'éther sulfurique d'après la méthode buccale et pharyngienne, chez l'homme et les animaux.*

2° J'ai prouvé que ces propriétés soporifères spéciales étaient de nature cataleptique (*syncopale*) et de nature paralytique et engourdissante chez les gallinacés, en amenant le soulèvement des plumes et la fermeture des paupières.

3° J'ai démontré que ce sommeil spécial était différent de celui procuré par l'opium, puisque, lorsqu'on avait fait respirer de l'éther au gallinacé et qu'il était frappé de torpeur, si on lui administrait quelques centigrammes d'hydrochlorate de morphine ou d'acétate de morphine, on détruisait à l'instant le sommeil.

4° Dans ce mémoire, je faisais voir que l'éther sulfurique, administré chez l'homme d'après la méthode pharyngienne, amenait le sommeil lorsque les préparations opiacées ne pouvaient le déterminer. D'autre part, je faisais ressortir que je n'avais eu l'idée d'employer la sidération cataleptique chez les animaux qu'après l'avoir produite chez l'homme. En effet, dès l'année 1840, j'avais constaté qu'en versant quelques gouttes d'éther sulfurique dans le canal auditif d'un homme, il éprouvait une véritable sidération. Voici comment M. Saint-Genez a décrit en 1842, dans sa thèse inaugurale, ce foudroiement paralytique du système nerveux : « Il n'est pas extraordinaire que l'éther sulfurique jouisse des « propriétés narcotiques qu'on ne lui a pas reconnues jusqu'à ce jour. « Déjà le docteur Ducros avait constaté que les personnes, chez lesquelles « on introduisait quelques gouttes d'éther sulfurique dans l'oreille « externe, éprouvaient promptement des symptômes de vertige, d'é- « blouissement ; la vue s'affaiblissait ; la figure devenait pâle ; il y avait « un commencement d'état syncopal. Le docteur Dreux avait obtenu « quelques résultats de cet état spécial dans le traitement des surdités « avec bourdonnement. »

5° L'éther sulfurique est-il associé avec le sulfate de quinine, et est-il employé d'après la méthode buccale et pharyngienne, il multiplie tellement les effets du sel végétal antipériodique que 2 centigrammes amènent autant d'effet, d'après la méthode buccale et pharyngienne, que 2 grammes d'après l'intromission stomacale.

6° Est-il associé avec l'extrait de belladone, et est-il employé d'après la méthode buccale et pharyngienne, on arrête comme par enchantement les toux énervantes qui conduisent à la fatigue des poumons, à leur état

fluxionnaire, à leur engorgement, à leur travail tuberculisant et le plus souvent à la phthisie.

7° La plupart des phthisies acquises n'ont point d'autre origine que le spasme quinteux de la toux, qui amène toutes les péripéties pathologiques relatées ci-dessus.

8° Il est un principe aussi vrai dans le traitement de la phthisie que dans le traitement des plaies des membres. Pour guérir les ulcères, on met celles-ci dans le repos ; pour guérir les inflammations et les ulcères du poumon, il faut arrêter le spasme qui préside à la toux continue.

9° Il ressort des observations contenues dans ce mémoire que même la phthisie acquise avec caverne peut être guérie par l'emploi de l'extrait de belladone, d'après la méthode buccale et pharyngienne, en diminuant la toux qui enflamme et qui irrite d'une manière continue les poumons, comme la marche irrite un ulcère des membres inférieurs.

M. le Secrétaire perpétuel prévient, à cette occasion, l'Académie qu'un paquet cacheté, déposé le 28 décembre dernier par M. Elie de Beaumont, au nom de M. le docteur Ch. Jackson (de Boston), vient d'être ouvert par M. le président, sur la demande qu'en a faite cet honorable membre. Ce paquet contient deux lettres de M. Jackson à M. Elie de beaumont, en date du 13 novembre et du 1er décembre 1846, relatives toutes deux à la propriété qu'ont les inspirations de vapeurs d'éther sulfurique de produire l'insensibilité. (Ces lettres, écrites en anglais, devant être traduites et insérées par extrait dans les *Comptes rendus*, nous en ferons prochainement connaître le contenu.)

M. Velpeau témoigne son étonnement de ce que M. Jackson aurait voulu faire un secret jusqu'à ce jour de cette invention, tandis qu'il en est fait mention depuis plusieurs mois dans les journaux américains et dans les journaux anglais. Il rappelle en quelques mots, à cette occasion, l'historique de cette découverte, et fait connaître en ces termes les résultats qu'il a lui-même obtenus. Depuis quelques jours, dit-il, j'ai fait l'essai de ce nouveau procédé, et les effets que j'en ai obtenus sont fort divers et en général peu satisfaisants. Quelques malades se sont montrés tout à fait réfractaires à l'action de l'éther; d'autres en ont éprouvé un trouble particulier, une sorte d'ivresse, mais sans perte complète de connaissance et sans abolition de la sensibilité ; chez d'autres enfin, les inspirations d'éther ont déterminé des effets fort désagréables. Une personne, par exemple, à qui l'on a arraché une dent, m'a dit après avoir beaucoup souffert, quoiqu'elle n'eût, par aucun geste, exprimé la souffrance pendant l'opération ; elle était, disait-elle, dans une sorte d'extase très-pénible qui l'empêchait de se plaindre. Une autre personne a été jetée dans un état de trouble particulier des sens et une sorte d'ivresse exprimée par une grande loquacité, mais sans perte complète

de connaissance ; elle a dit avoir parfaitement senti la douleur produite par une piqûre de lancette. Une troisième, qui venait de subir une amputation et qui n'a pas bougé pendant tout la durée de l'opération, a dit avoir peu souffert. Je crois, en résumé, qu'il est nécessaire de n'accepter qu'avec une grande réserve les conclusions que l'on voudrait tirer des faits de cette nature, et il ne m'est d'ailleurs pas prouvé encore que l'emploi de cette méthode soit sans inconvénient.

M. Serres : Je demanderai si l'on sait quel est effet de ces inspirations sur les suites de l'opération, quelle est leur influence sur la réaction. Il est évident que si l'éther n'avait que les inconvénients qui viennent d'être signalés et que ses effet sur les suites de l'opération dussent être favorables, il faudrait passer par-dessus ces inconvénients et se féliciter, même à ce prix, d'un pareil résultat.

M. Velpeau : Je dois convenir qu'il n'y a pas eu jusqu'à présent, à ma connaissance, d'accident grave. Chez un malade seulement, le trouble nerveux a persisté pendant vingt-quatre heures ; mais il avait été soumis à l'action de l'éther pendant plus d'une demi-heure, et en avait en quelque sorte été imprégné.

M. Serres : Lorsque, dans certaines inflammations du poumon ou de la plèvre, on administre des potions éthérées à haute dose , la douleur qu'éprouvaient les malades est ordinairement calmée, par suite de l'espèce de sidération que produit cette substance ; mais il en résulte aussi presque toujours une prolongation de la maladie qui résiste plus longtemps à l'action des autres moyens de traitement. C'est cette sorte de sidération qui me fait demander si les suites ne pourraient pas être fâcheuses.

M. Roux : J'ai répété quatre ou cinq fois l'expérience, et je n'ai obtenu jusqu'à présent aucun résultat. Cela tiendrait-il à la manière de procéder, à la dose d'éther inspiré ? Je l'ignore. Je me suis servi de plusieurs appareils, entre autres de celui de Richard , destiné aux fumigations aromatiques ; aucun procédé ne m'a réussi. J'ai cru reconnaître qu'il ne fallait ni trop , ni trop peu d'éther, et que ce n'était que par des tâtonnements, des essais multipliés qu'on pourrait arriver à trouver la dose convenable. Aussi n'y ai-je pas encore renoncé. J'ajouterai qu'il y a des contre-indications qui devront s'opposer, dans plusieurs circonstances, à l'emploi de ce moyen : tels sont, par exemple, les cas d'opération qui exigent de la part du malade de la volonté et une participation active ; tels sont encore les cas où l'on aurait à craindre un état syncopal. Je crois, en résumé, que c'est une question beaucoup plus complexe qu'on ne le pense ; je déplore même, en raison de l'importance de cette question, la publicité prématurée qui lui a été donnée.

M. Élie de Beaumont donne à l'Académie quelques explications sur

la circonstance du dépôt sous pli cacheté qu'il a cru devoir faire au nom de M. Jackson et insiste sur les titres scientifiques de M. Jackson, qui recommandent sa découverte à l'attention de l'Académie.

Recherches sur le péritoine de l'homme. — M. Pappenheim rappelle, à l'occasion de la communication récente de MM. Vrolik et Bourgery sur les nerfs des séreuses, les recherches qu'il a faites de nouveau, il y a quelques mois, sur le péritoine de l'homme.

A la surface externe du péritoine, dans la ligne médiane, se trouve très-fréquemment, peut-être même toujours, un tissu dense qui ressemble tellement à une collection de fibres de nature nerveuse, qu'il semble impossible au premier abord de leur refuser cette nature. Mais en pénétrant dans la recherche de leur structure, soit en appliquant l'acide acétique, soit dans l'état naturel, on trouve bientôt que ces fibres se composent, en partie de fibres élastiques, en partie de fibres celluleuses. Il est rare de trouver déjà, à l'œil nu, quelques fibres nerveuses.

C'est, dans la plupart des cas, seulement après l'application de l'acide acétique et en employant des verres d'un grossissement plus ou moins considérable que l'on rencontre quelques petits filets nerveux, présentant la même structure que les fibres rétro-spinales qui accompagnent les vaisseaux sanguins.

Le nombre varie selon les individus ; quelquefois j'avais, dit M. Pappenheim, la plus grande peine à trouver une seule fibre nerveuse élémentaire.

On est moins heureux encore, ajoute M. Pappenheim, si l'on recherche les nerfs du péritoine de l'homme, après avoir enlevé le tissu cellulaire; car alors il est extrêmement rare de trouver une fibre nerveuse qui s'y termine réellement. Le témoignage de M. Vrolik ne change en rien, par conséquent, son opinion sur la rareté des fibres nerveuses dans les membranes séreuses.

SÉANCE DU 25 JANVIER.

Mal de mer. — M. le docteur Charles Pellarin, ex-chirurgien de la marine, lit un mémoire sur le mal de mer. Il y démontre le peu de fondement des deux opinions qui font dépendre cet état pénible, soit d'une congestion du cerveau, soit des secousses communiquées aux viscères abdominaux par les mouvements du navire. L'auteur développe, en l'appuyant d'observations nombreuses et de considérations neuves, une théorie qui se trouve résumée dans la proposition suivante de sa thèse inaugurale, soutenue devant la Faculté de Paris le 24 août 1840.

« Le mal de mer doit être attribué au trouble apporté dans la circulation par les mouvements alternatifs d'inclinaison, soit latérale (roulis),

soit antéro-postérieure (tangage) qu'exécute le navire. Ce trouble a pour résultat, non pas de congestionner le cerveau, comme le professait Wollaston, mais de le priver, au contraire, de l'afflux d'une quantité de sang suffisante à la stimulation normale de ce centre nerveux. Le mal de mer tient à un état anémique, ou, pour parler plus juste, hypohémique du cerveau. Ce qui arrive dans le mal de mer est tout à fait analogue à ce qu'éprouvent assez souvent, sur la fin d'une saignée, les personnes que l'on saigne debout ou assises. »

Insuffisante excitation du cerveau par le sang artériel, tel est donc, suivant M. Pellarin, le phénomène primordial et pathogénétique dans le mal de mer. Voici quelques-unes des considérations sur lesquelles il appuie cette opinion.

Observez celui que saisit le mal de mer : son visage pâlit, ses extrémités sont froides, ses ongles bleuissent, comme au début de la période algide des fièvres intermittentes.

Quels sont les individus qui résistent le mieux au mal de mer ? Ceux chez lesquels la circulation est naturellement énergique, ou qui l'activent par des travaux de force, par l'exercice musculaire. Les très-jeunes enfants, dont le cœur est relativement plus volumineux que celui des adultes, ne sont point ou ne sont qu'à peine incommodés du mal de mer. Les animaux, les quadrupèdes entre autres, l'éprouvent moins que les hommes, parce que, chez eux, le cerveau se trouve presque sur le même plan horizontal que le cœur. Parmi les passagers, ceux qui font le moins d'exercice, qui vont le moins au grand air, sur le pont du navire, sont aussi ceux qui restent le plus longtemps sous l'influence du mal de mer. Et parmi les hommes également habitués à la vie du bord, ceux-là sont moins à l'abri du retour des nausées, qui, par leurs fonctions, ont le moins d'activité corporelle. Par les forts coups de vent, lorsqu'on est à la cape, beaucoup d'officiers éprouvent du malaise et ont *le cœur sur les lèvres*, tandis que les matelots, obligés de travailler rudement pour la manœuvre, ne ressentent rien de semblable. L'ennui, les affections tristes, prédisposent au mal de mer. Tout ce qui élève et accélère la circulation le prévient ou le diminue. Ainsi agissent les inspirations fortes et fréquentes, qui, au témoignage de M. Arago, le préservaient du mal de mer, jusqu'au moment où la fatigue des muscles respirateurs l'obligea de renoncer à l'emploi de ce moyen prophylactique.

L'auteur titre de sa théorie une induction qu'il n'a pas songé à vérifier pendant qu'il était à bord et qu'il recommande aux médecins navigateurs. Il présume que l'auscultation doit révéler, dans les gros vaisseaux des personnes atteintes du mal de mer, le bruit de souffle, comme chez les chlorotiques.

M. Pellarin signale une analogie entre les nausées maritimes et celles que produit, chez tant de femmes, le commencement de la grossesse. La matrice devient alors un centre d'afflux sanguin, et par conséquent détourne du cerveau une partie du liquide vivifiant qu'il recevait. Une remarque qui vient à l'appui de ce rapprochement, c'est que rarement les femmes enceintes sont prises de maux de cœur au lit, et fréquemment, au contraire, à l'instant où elles se lèvent, où elles passent de la position horizontale à la station droite.

Traitement du mal de mer. — Contre le mal de mer, on peut recourir à deux ordres de moyens. Le premier consiste à se soustraire autant que possible à la cause, c'est-à-dire aux mouvements du navire : par exemple, en restant couché dans un cadre suspendu sans frottement sensible aux points d'attache, situation qui ne saurait être gardée, on le conçoit, que pendant une très-courte traversée, et qui n'habitue point à la vie nautique. Le second a pour but de combattre les effets de la cause sur l'organisme ; et pour cela il faut stimuler la fonction circulatoire par tous les agents susceptibles d'en accroître l'énergie. La ceinture a aussi son utilité, non point parce qu'elle fixe les intestins, mais parce qu'elle contribue à pousser le sang vers la tête. Avant toute manifestation des nausées, les boissons excitantes et chaudes sont d'un effet favorable. Parmi les médicaments, ceux qui ont un effet analogue sur l'économie, l'opium, l'acétate d'ammoniaque, etc., peuvent être administrés avec avantage. Une fois le mal déclaré, il ne reste plus que le recours aux palliatifs. Le citron, les excitants aromatiques soulagent parfois. La position horizontale dans un cadre supendu est alors ce qu'il y a de plus efficace.

L'auteur recommande l'emploi thérapeutique du mal de mer, conformément à l'opinion de Pline qui le citait comme un remède salutaire dans plusieurs maladies de la tête, des yeux et de la poitrine. Il propose la construction d'appareils qui produiraient tous les effets du mal de mer sans la nécessité d'un embarquement.

Effets des inhalations d'éther. — M. Laugier rend compte, dans une lettre qu'il adresse à l'Académie, d'un essai qu'il vient de faire, à l'hôpital Beaujon, de la méthode de l'inhalation de l'éther sulfurique pour un cas d'amputation de la cuisse.

Une jeune fille de 17 ans, après avoir respiré pendant trois ou quatre minutes le mélange d'air et de vapeur éthérée, a été plongée dans un véritable sommeil extatique. M. Laugier a aussitôt pratiqué l'amputation, dont tous les temps ont eu lieu isolément. La durée de l'opération a été d'une minute et demie. M. Laugier a lié ensuite les vaisseaux, et il allait commencer le pansement, lorsque la malade a repris connaissance en se plaignant d'être reveillée et d'être revenue *parmi les hommes* (ce sont

ses propres expressions) ; car, a-t-elle ajouté, elle se croyait pendant son sommeil avec Dieu et ses anges, qu'elle voyait autour d'elle. Elle n'avait donné pendant l'opération aucun signe de douleur, et quand on lui a demandé si elle avait souffert, elle s'est écriée avec l'expression de l'étonnement : « Comment ! est-ce que ma cuisse a été coupée ? » Cette exclamation, ajoute M. Laugier, suffisait pour démontrer le fait de l'insensibilité complète pendant l'amputation, et la malade l'a confirmé en ajoutant qu'elle n'avait rien senti. Vingt personnes, présentes à l'opération, ont trouvé la démonstration péremptoire. Le pansement a été achevé sans que la malade témoignât de la douleur ; mais aussitôt qu'elle a été replacée dans son lit, elle a commencé à souffrir de sa plaie, comme cela s'observe dans toutes les amputations. Des calmants ont été prescrits. Le lendemain, la malade était très-bien.

Quelques jours auparavant, une femme assoupie par l'éther sulfurique avait subi, en présence de M. Laugier, avec la même insensibilité, l'arrachement de deux dents molaires.

M. Gerdy communique les résultats des expériences qu'il a faites sur la respiration de l'éther. Ces expériences ont été faites sur lui-même et sur d'autres personnes. Voici en quels termes M. Gerdy rapporte les effets qu'il a observés sur lui-même :

Je me suis soumis, dit-il, à des inspirations d'air chargé d'éther, au moyen d'éponges baignant dans une couche de 4 à 5 millimètres de ce fluide. Je respirais par un tube de 12 millimètres de diamètre, dans un flacon à deux tubulures d'un litre et demi de capacité. Le picotement que j'éprouvai dans la gorge et la trachée-artère me causa d'abord de la toux ; mais étant bien résolu à y résister, je triomphai promptement de ce petit obstacle. Les picotements et la toux me parurent s'apaiser sous l'influence assoupissante des aspirations éthérées.

Dès ce moment je ressentais déjà de l'engourdissement avec chaleur, comme si des vapeurs alcooliques et enivrantes me montaient au cerveau. Cet engourdissement se répandit promptement partout, et d'abord aux pieds et jusqu'aux orteils, puis aux jambes et en même temps aux bras, ensuite aux reins et aux organes de la génération. Il croissait rapidement à chaque inspiration, il était accompagné dans les organes sensibles d'une sensation de chaleur agréable et d'une sensation de fourmillement, de tremblottement ou de vibration, semblable à celle qu'on éprouve en touchant un corps vibrant, une grosse cloche qui résonne. L'ensemble de ces deux sensations parvenues à leur apogée est une impression obtuse, très-agréable et remplie de volupté, une impression analogue à celle de l'ivresse.

L'engourdissement causé par l'éther est encore analogue à celui que donne l'hydrochlorate de morphine ou l'opium. C'est cet engourdis-

sement qui, en émoussant la sensibilité tactile générale, diminue la douleur pendant les opérations.

La vue n'est pas sensiblement modifiée par cet engourdissement ; car j'ai lu des caractères de philosophie, à une faible lumière, dans un moment où j'étais fort engourdi.

L'ouïe a été plus altérée. L'audition devient de moins en moins distincte à mesure que l'ivresse augmente ; elle devient de plus en plus claire et nette à mesure qu'elle se dissipe, en sorte qu'on croirait entendre des bruits qui s'obscurcissent parce qu'ils s'éloignent, et qui s'éclaircissent ensuite parce qu'ils se rapprochent. Cependant les sons semblent d'autant plus retentissants dans les oreilles que l'engourdissement est plus profond ; mais cette intensité ne les rend pas plus clairs.

Je me suis assuré que les sensations de l'odorat, du goût, du tact proprement dit, du chatouillement, n'étaient point paralysées par l'engourdissement général que j'éprouvais ; mais je me sentais les paupières pesantes, l'envie de dormir et surtout de m'abandonner aux charmes dont j'étais enivré.

Cependant, soit parce que ces phénomènes avaient acquis le maximum de leur développement, soit parce que je voulais m'observer jusqu'au dernier moment, je ne me laissai point aller à la tentation de m'abandonner aux séductions qui me charmaient, et je ne m'endormis pas. Je continuai à m'observer, et comme je venais d'examiner mes sensations, je portai mon attention sur mon intelligence. Je remarquai de suite qu'à l'exception des sensations vibratoires d'engourdissement qui rendaient mes sensations tactiles générales et la douleur obtuses, qu'à l'exception des bourdonnements d'oreille qui m'empêchaient de distinguer nettement ce que j'entendais, mes perceptions, mes pensées étaient très-nettes et mon intelligence parfaitement libre. Mon attention était aussi très-active, ma volonté toujours ferme, si ferme que je voulus marcher et que je marchai en effet pour observer l'état de ma locomotion. Je reconnus alors que la musculation est un peu moins sûre et moins précise dans ses mouvements, à peu près comme chez une personne légèrement enivrée ou au moins étourdie par des boissons alcooliques. A l'exception de la prononciation, qui est un peu embarrassée et plus lente, les autres fonctions de l'économie animale ne m'ont pas semblé sensiblement altérées. Mon pouls, exploré au moment de mon plus profond engourdissement, n'a pas présenté de différence dans le nombre et la force des battements artériels.

La même expérience répétée sur huit ou dix personnes, hommes ou femmes, a donné des résultats analogues, mais non absolument semblables, surtout sous ce rapport, que quelques-unes ont perdu, comme

dans le sommeil, la conscience d'elles-mêmes, que quelques autres offrent des phénomènes de gaieté, d'obscurcissement de vision qui manquent chez beaucoup.

Observations faites sur des opérés. — 1° Ayant engourdi un malade que je voulais opérer de la cataracte par extraction, je lui ai piqué et percé la cornée; mais, quand j'ai voulu continuer, l'œil du malade a tellement fui devant l'instrument, que pour ne pas compromettre l'opération je l'ai abandonnée. J'ai voulu alors recourir à l'abaissement, mais l'œil se montra encore si mobile, que je fus obligé de m'abstenir encore une fois. Je piquai alors le malade au nez et à la lèvre, on lui pinça la main, et quand il fut réveillé, il se rappela très-bien avoir été pincé, mais il ne parla point des piqûres faites au nez et à la lèvre.

2° J'ai excisé, sur un autre malade également engourdi, un lambeau de peau décollé par un clapier compliquant une fistule à l'anus déjà opérée; le malade le sentit, mais il témoigna bien moins de douleur qu'il n'en témoignait les jours précédents pour de simples pansements.

3° Un malade, opéré depuis dix ou douze jours d'une hernie étranglée à l'aine, ayant chassé sa hernie jusqu'au fond du scrotum, par dessous la cicatrice de la plaie de l'opération presque cicatrisée, j'ai dû tâcher de réduire sa hernie. Mais il a vivement souffert dans ces efforts de réduction, malgré les inspirations d'éther.

4° Je me suis fait traverser la peau de la main de dehors en dedans, puis de dedans en dehors, avec une aiguille, après m'être engourdi; je n'ai senti qu'une faible douleur.

5° Une jeune fille engourdie a porté sa main à sa nuque, sans se plaindre, pendant qu'on y pratiquait une incision profonde. Elle s'est plus tard réveillée en riant beaucoup et sans parler de l'incision qu'elle avait soufferte à la nuque. Elle chancela en marchant.

6° Une autre put supporter une opération de dilatation du vagin, qu'elle n'avait jamais pu souffrir auparavant. Elle se réveilla aussi dans un grand accès de gaieté et fut incapable d'abord de se soutenir et de marcher.

En général, les fonctions de relation m'ont jusqu'ici paru seules troublées. Mais il est probable que les inspirations d'éther prolongées causeraient des accidents et pourraient, comme l'ivresse excessive, amener la mort. C'est à étudier par l'expérience sur les animaux vivants et c'est un projet que j'espère mettre à exécution.

M. Charrière présente à l'Académie, avec une description détaillée, un appareil de son invention pour les inspirations de vapeurs éthérées. (Voir le dessin de cet appareil dans le numéro précédent.)

M. Ducros adresse un nouveau mémoire, ayant pour objet principal

de revendiquer à son profit la priorité des observations physiologiques sur l'action stupéfiante de l'éther.

MM. Roux et Velpeau demandent la parole à l'occasion de ces dernières communications.

M. Roux : La semaine dernière, j'ai eu l'honneur de communiquer à l'Académie le résultat de mes premières expériences sur l'emploi de l'éther ; je n'avais point encore réussi. J'ai continué ces essais depuis, et j'ai été plus heureux. Voici les résultats que l'ai obtenus. Sur trois malades que j'ai soumis, avant de les opérer, à l'inhalation d'éther, un seulement est resté réfractaire ; les deux autres, une femme et un jeune homme, ont éprouvé les effets de l'enivrement. La femme avait une maladie des os du bassin, dont j'ai dû extraire quelques portions ; l'homme était venu se faire traiter pour une fistule à l'anus. Ces deux opérations pouvant être terminées en deux ou trois minutes, je les ai jugées convenables pour l'expérience. Opérés l'un et l'autre pendant l'état d'ivresse où les avaient jetés les inspirations d'éther, ils n'ont point souffert ; la femme seulement nous a dit après son réveil avoir éprouvé une sorte de sensation de fourmillement à la cuisse. Le jeune homme a présenté des phénomènes plus remarquables : il a été pris incontinent d'un délire violent avec hallucination, qui a porté sur des circonstances antérieures de la vie du malade, sur des chagrins qu'il paraît avoir éprouvés, mais nullement sur ce qui se passait dans le moment.

J'ajouterai que j'ai assisté lundi dernier à une réunion d'une société de médecins allemands, dans laquelle plusieurs personnes ont fait sur elles-mêmes des expériences. Après quelques inspirations d'éther, elles ont été plongées dans un tel état de torpeur qu'on a pu les piquer, les brûler impunément. Parmi ces personnes, au nombre de cinq ou six, deux se sont livrées à un accès d'hilarité excessive ; une troisième a été prise d'un état convulsif et a eu une sorte d'accès de fureur. Cette dernière circonstance m'a paru pouvoir devenir grave, s'il arrivait qu'elle se reproduisît quelquefois sur des sujets soumis à une opération. Je suis porté à croire, du reste, qu'il y a une distinction à faire à cet égard entre les personnes qui se soumettent volontairement à une expérience de ce genre, dans le seul but de s'éclairer et d'éclairer les autres sur un fait scientifique, et celles qui ne s'y soumettent qu'à regret, à leur corps défendant en quelque sorte et qui se trouvent d'ailleurs dans des dispositions morales plus ou moins pénibles.

M. Velpeau : Je crois qu'il importe avant tout d'élaguer de cette question toute discussion de priorité, d'autant que les prétentions que l'on élève en ce moment ne sont nullement fondées. Il y a plus de vingt ans que l'action stupéfiante de l'éther est connue ; cela se trouve dans tous

les traités de toxicologie. Ce qu'il y a de nouveau dans ce fait, c'est l'application aux opérations. Or il est évident que personne n'avait eu cette idée avant M. Jackson. Mais je laisse là cettte question et j'en viens aux faits nouveaux qui se sont produits depuis la semaine dernière.

D'après les nouveaux essais auxquels je me suis livré, je ne crains pas d'être démenti par l'avenir en disant que c'est là une découverte d'une grande importance et qui peut avoir une influence considérable sur la chirurgie. Sans doute il y a eu beaucoup d'insuccès dans les premières expériences, mais j'ai vu que la plupart de ces insuccès tenaient à la mauvaise manière de procéder, à ce que les malades exécutaient mal l'inhalation, ce qui exige un certain apprentissage. Depuis qu'on est plus exercé et que l'opération s'est, en quelque sorte, régularisée, les insuccès sont beaucoup plus rares. Ainsi depuis lundi, j'ai soumis trois personnes à l'action de l'éther ; l'expérience a réussi toutes les fois, ces trois personnes ont été presque immédiatement jetées dans un état de collapsus. Un jeune médecin qui suit les visites de la Charité a répété un grand nombre de fois l'expérience sur lui-même, en présence des élèves ; en trois ou quatre inspirations il tombe dans l'insensibilité ; alors on peut le pincer, le piquer, sans qu'il en ressente la moindre douleur. Il éprouve si peu de malaise dans cet état, qu'il se fait une sorte de plaisir de répéter l'expérience aussi souvent qu'on le désire. Un élève de mes salles est dans le même cas. Enfin, j'ai opéré ces jours derniers, à la Charité, un malade qui m'a fourni l'occasion de faire des observations curieuses. Cet individu portait une tumeur cancéreuse à la cuisse. L'opération ayant été jugée nécessaire, je l'ai soumis préalablement à l'inhalation de l'éther ; après avoir inspiré pendant deux minutes et demi environ, il est tombé sans mouvement, la tête renversée en arrière. J'ai immédiatement procédé à l'opération, qui a duré de quatre minutes à quatre minutes et demie. Quand il s'est réveillé, je lui ai demandé s'il savait ce qu'on lui avait fait ; il n'en savait rien, il n'avait rien senti, et je ferai remarquer qu'il s'agissait ici d'une opération fort pénible et fort laborieuse : il fallait énucléer une tumeur située dans les masses musculaires de la cuisse, dans une région abondamment pourvue de nerfs et de vaisseaux à ménager, etc. Interrogé sur ce qu'il avait éprouvé, il a dit seulement qu'*il avait été bien heureux* pendant tout le temps qu'avait duré cet état ; et quand on lui a dit que la tumeur était enlevée, il s'est écrié : *C'est bien là la meilleure méthode.* Il est bon que l'on sache qu'il était parfaitement en état d'en juger ; car il avait déjà subi deux fois une opération semblable, et chaque fois il avait beaucoup souffert. Il s'était si bien trouvé cette fois de cette manière de procéder, qu'il m'a demandé depuis

qu'on le mît de nouveau dans le même état pour le premier pansement, pour peu que ce pansement dût être douloureux.

Je signalerai, à cette occasion, un fait curieux qui a frappé mon attention : c'est que les individus qui sont dans cet état, à en juger du moins par le malade dont il vient d'être question, ne perdent pas entièrement connaissance ; ils paraissent conserver la faculté d'entendre et d'exécuter même quelques-uns des actes qu'on leur prescrit. Ainsi, dans cette circonstance, comme nous craignions, en raison de la longueur de l'opération, que l'état d'insensibilité où était plongé le malade ne cessât trop tôt, nous l'engageâmes à faire de nouveau quelques inspirations ; on n'eut qu'à insister un peu pour qu'il exécutât ce qu'on lui demandait.

Un autre effet non moins remarquable que j'ai observé chez ce même malade, c'est l'état de relâchement et de flaccidité que présente le système musculaire sous l'influence de l'éther. Ayant eu à disséquer les muscles pour en isoler la tumeur, je les ai trouvés dans un état de mollesse, de flaccidité extrêmes. C'est là une circonstance qui pourrait devenir d'une grande utilité dans certains cas. Sans parler de l'application qu'on en pourrait faire peut-être au tétanos, on comprendra aisément le parti qu'on en pourrait tirer pour la réduction des luxations, par exemple.

Je me résumerai en disant que c'est là un fait d'une importance capitale, d'un grand avenir, et qui me paraît destiné à apporter de grandes et heureuses modifications dans la pratique de la chirurgie.

M. Édouard Robin adresse une note concernant le mode d'action que, pendant la vie, exercent sur l'économie animale les substances qui après la mort préservent de la putréfaction.

Voici le résumé de ce travail.

L'oxygène qui, après la mort, est l'agent essentiel de cette décomposition des matières animales qu'on nomme putréfaction, exerce pendant la vie une action complétement opposée quant aux résultats. De là trois rôles très-différents, tous d'une haute importance, tous également méconnus, joués pendant la vie par ceux des absorbants de l'oxygène qui conservent les matières animales après la mort, et même en général par tous les combustibles non alimentaires capables d'être brûlés dans la circulation.

Les absorbants de l'oxygène sont-ils employés à doses convenablement faibles, ils s'oxydent sans néanmoins empêcher l'oxydation du sang ou la transformation du sang noir en sang rouge ; ils la facilitent même, car, en présence de l'oxygène, la combustion sollicite la combustion. Non-seulement il y a entretien de la vie, mais encore la plus grande production de chaleur ou de fluide électrique détermine une plus grande

somme de contractilité, conséquemment une circulation plus rapide, une activité plus grande de toutes les fonctions : les absorbants de l'oxygène ont été des excitants généraux.

Ces mêmes absorbants de l'oxygène pénètrent-ils à haute dose dans la circulation ; dans ce cas, soit qu'ils s'opposent à la dissolution de l'oxygène dans le sang, soit que, au lieu de s'oxyder conjointement avec ce liquide, ils s'emparent de l'oxygène essentiel à sa combustion, ils empêchent la conversion du sang noir en sang rouge ; devenus ainsi poisons énergiques, ils causent la mort par asphyxie, et les symptômes de l'asphyxie peuvent, à certaines époques de la réaction et dans certaines parties, s'accompagner de symptômes d'excitation.

Enfin, entre ces doses où les absorbants de l'oxygène sont excitants et celles où ils déterminent la mort par asphyxie, il est un intervalle où, sans être mortels, ils ne produisent plus d'excitation : ils opèrent seulement l'affaiblissement de la contractilité, l'engourdissement : ce sont des calmants, des antispasmodiques, des stupéfiants.

La propriété stupéfiante de l'éther n'est, suivant moi, qu'un cas particulier de la loi générale qui vient d'être exposée. La vapeur d'éther s'oppose d'une manière notable à la transformation du sang noir en sang rouge ; elle fait donc que le sang rouge, dont l'action stimulante entretiendrait la vie, est en grande partie remplacé dans les organes par le sang veineux, qui exerce sur eux une action stupéfiante ; de là l'insensibilité et les autres phénomènes qu'on observe dans les cas où l'expérience est bien conduite.

SÉANCE DU 1er FÉVRIER.

Inhalations d'éther. — M. Velpeau : Je ne sais si l'Académie a reçu de nouvelles communications relatives aux singuliers phénomènes produits par l'éther, dont nous avons entretenu, mon collègue M. Roux et moi, l'Académie dans les deux séances dernières. Il est probable que la correspondance contient de nouveaux détails à ce sujet. Néanmoins, je préfère prendre la parole en ce moment ; car la communication que j'ai à faire aujourd'hui est un peu longue, et pourrait bien prolonger la séance si j'attendais au dépouillement de la correspondance. Lorsque l'on a parlé de l'éther pour la première fois comme moyen d'empêcher les malades de sentir la douleur dans les opérations, j'ai cru devoir dire qu'il ne fallait pas trop se hâter de se prononcer, que bientôt on saurait à quoi s'en tenir. En effet, lundi dernier la question était plus avancée que huit jours auparavant : aujourd'hui, elle a fait encore un pas très-grand. Il y a réellement dans ce fait un intérêt immense. Les observations se sont multipliées à l'infini et sont devenues très-concluantes.

Pour ma part, depuis lundi, j'ai eu occasion d'appliquer les inspira-

tions éthérées à des cas très-variés, et d'en obtenir des résultats également très-variés, quant à certaines formes, mais constamment les mêmes quant au fond. Ainsi, j'avais dit, il y a huit jours, que la nouvelle méthode semblait offrir quelques chances d'être utile pour la réduction de certaines fractures, de certaines luxations. Dès le lendemain, un homme robuste et vigoureux, fortement musclé, fut apporté dans mon service, à l'hôpital de la Charité, pour une fracture de la cuisse. Ce malade fort impressionnable, était en proie à des mouvements en quelque sorte convulsifs, et il paraissait devoir être difficile de rendre au membre sa forme et sa longueur normales. Nous l'avons soumis aux inspirations éthérées. Au bout de quelques minutes, il est tombé, non pas dans l'assoupissement, car il était encore un peu agité, mais dans l'insensibilité ; il s'est mis à parler sans savoir ce qu'il disait ; mais ses muscles se sont relâchés et ont cédé à la moindre traction, et l'on a pu, avec la plus grande facilité, rendre au membre sa forme et sa longueur primitives. Lorsque tout a été fini, le blessé nous a dit, en se réveillant, ne point savoir et n'avoir point senti ce qu'on lui avait fait ; seulement il s'est plaint d'avoir eu un *mauvais rêve*.

Le lendemain, j'avais à enlever, chez un autre sujet, une tumeur située dans la région parotidienne. On sait que les opérations, dans cette partie du corps, sont très-douloureuses. J'ai fait respirer de l'éther au malade, et j'ai commencé l'opération dès que j'ai vu les effets se manifester. Pendant la première moitié de l'opération, il n'a pas bougé ; vers la fin, il s'est un peu agité. Lorsque, après son ivresse passée, nous l'avons fait s'expliquer, il a dit que, sous l'influence de l'éther, il s'est cru dans une salle de billard avec des amis, et que là il lui avait semblé se disputer ; quelqu'un lui avait joué un mauvais tour en lui enlevant son cheval qu'il avait laissé à la porte, etc. Quant à l'opération, il ne l'avait point sentie. Il ajoute de plus quelque chose de fort remarquable. « Je n'ai pas souffert, nous a-t-il répété, mais j'entendais les craquements de votre bistouri derrière mon oreille. »

Une jeune femme accouchée il y a quelques mois, entrée dans nos salles pour un abcès au sein, a été soumise à l'action de l'éther, qui l'a influencée lorsqu'elle a eu fait six inspirations seulement. Je lui ai fait une large incision ; elle n'a pas eu l'air de s'apercevoir de l'opération, et ses premiers mots, en revenant à elle, ont été ceux-ci : « Pourquoi ne m'avez-vous pas opérée pendent que je dormais ? »

Une autre malade, une jeune fille, devait subir l'arrachement de l'ongle du gros orteil. Comme elle était sujette à des attaques de nerfs, j'ai voulu essayer préalablement sur elle l'action de l'éther, la veille de l'opération. Elle est, en effet, tombée insensible ; mais en sortant de cet état, elle a été prise d'un accès convulsif. Le lendemain, nouvel essai,

suivi de nouveaux accès convulsifs : je ne l'ai point encore opérée; cependant comme elle nous a assuré qu'elle ne se trouvait nullement mal à son aise, je l'ai fait transporter à l'amphithéâtre vendredi matin, je lui ai fait respirer de l'éther et j'ai fait l'opération, qu'elle n'a pas sentie. En sortant de son état de stupeur, elle a éprouvé un accès convulsif assez intense. Pendant qu'on l'opérait elle s'est relevée sur son séant, comme pour regarder ce qu'on lui faisait ; mais elle ne sentait rien et ne répondait pas aux questions qu'on lui adressait. Elle nous a dit depuis qu'elle avait rêvé assister à un dîner.

J'ai dû faire l'amputation de la jambe à un jeune homme qui, soumis aux inspirations de l'éther, a été opéré sans donner le moindre signe de souffrance. A la troisième ligature que nous avons faite, il a poussé un cri; après son réveil, il nous a dit ne point savoir pourquoi il avait crié ainsi, car il n'avait rien éprouvé. Les paroles incohérentes qu'il prononça vers la fin de l'opération avaient trait à des impressions morales se rattachant à des chagrins et à des malheurs de famille.

Hier, j'ai dû faire l'extirpation de l'œil chez un homme du monde, après l'avoir plongé dans l'insensibilité. L'opération a été faite et l'appareil placé sans qu'il ait fait un mouvement, sans qu'il ait rien senti. Nous avons fait l'opération aussi facilement que sur un cadavre. En analysant depuis ses sensations, il nous a dit n'avoir point souffert, mais avoir eu la conscience de ce que l'on était là, autour de lui.

Enfin, ce matin, j'ai enlevé une portion de la main à un jeune homme préalablement soumis à l'éther. J'ai commencé l'opération sans qu'il fît aucun mouvement; puis il s'est agité, a fait des gestes comme pour s'échapper. J'ai cru qu'il avait souffert. Il nous a dit plus tard qu'il n'avait rien senti, mais qu'il avait rêvé qu'il était à son atelier ; des camarades se disputaient, et il avait voulu se jeter entre eux pour les séparer.

Ce fait de l'inspiration de l'éther prend des proportions très-grandes, et donne lieu à des observations curieuses. Plusieurs des sujets qu'on y soumet continuent de voir, d'entendre : ils savent qu'on est là, près d'eux ; mais quelques-uns des éléments de ce qui se passe leur échappent. Le jeune médecin dont je vous ai parlé lundi, et qui expérimente sur lui-même avec tant de bonne volonté, est arrivé à des résultats fort curieux ; il se rend insensible très-vite, sans perdre connaissance; il peut même indiquer ce qu'il faut faire sur lui ; il s'enfonce lui-même des épingles et des lancettes dans les chairs sans les sentir, etc. Aujourd'hui je le répète, l'action de l'éther dans ces circonstances ne peut plus être mise en doute par personne. On l'a appliqué , et toujours avec succès , à des opérations nombreuses et différentes les unes des autres. A Londres, on l'a mis en usage pour faire l'opération de la taille, pour celle de la hernie étranglée. Dernièrement, chez une femme sur laquelle

on devait faire une application de forceps, on l'a employé d'une manière très-heureuse.

Je suis persuadé que dans certains cas d'accouchements difficiles, lorsqu'on sera obligé d'aller chercher l'enfant dans la matriee, on pourra retirer de grands avantages de ces inspirations, qui auront pour résultat de faire cesser les contractions utérines qui gênent si souvent l'accoucheur. On ne peut dire encore jusqu'où ira cette découverte, qui constitue l'un des faits les plus vastes que l'on ait encore vus dans ce siècle. Et ce ne sera pas seulement sur la chirurgie, mais sur la physiologie que les effets s'en feront ressentir.

M. Magendie : C'est la première fois aujourd'hui que j'entends le récit des merveilles produites par l'éther ; jusqu'ici je ne les connaissais que par la voie de la presse, qui, dans cette circonstance, n'a pas failli à sa mission. Je ne peux, je l'avoue, m'associer, dans cette circonstance à cette espèce d'enthousiasme général dont je suis témoin. Ce que je vois de plus certain dans tout cela, c'est que les chirurgiens font des expériences sur l'espèce humaine , sans savoir ce qu'ils produiront ni quels sont les résultats qu'ils obtiendront. Cette conduite n'a peut-être pas toute la moralité désirable. (Vives réclamations. M. Velpeau demande la parole.) Vous plongez les malades dans un état d'ivresse ; car ce n'est pas autre chose qu'un état d'ivresse : que la substance soit inspirée ou prise en boisson, peu importe. Or, nous ne savons pas encore au juste quelle est l'ivresse de l'éther, qui n'a point encore été étudiée avec attention.

De tout ce que l'on vient de dire, il résulte que la plupart du temps on n'a pas obtenu ce calme qu'on se vante de produire. A côté d'un fait danslesquel on a vu le malade réduit presque à l'état de cadavre, on nous en cite nombre d'autres dans lesquels on a vu des effets bien différents. On me dit que les chirurgiens ont de l'avantage à opérer sur des individus insensibles ; mais peut-être alors n'opéreront-ils pas avec autant de soins, de précautions, que sur un sujet sensible. On nous a cité un malade qui, au milieu de l'opération, s'est levé, a agité sa main sanglante, a échappé à ceux qui le maintenaient. Est-ce là ce que vous avez cherché ? Vous citez une femme hystérique qui avait eu des convulsions pendant les premières tentatives , qui en a eu encore après l'opération. Est-ce donc là un beau résultat ? Je sais, pour moi, qu'une dame de Paris a été opérée dans cet état d'ivresse, et est morte deux jours après. On expérimente sur des hommes un moyen que peut-être dans trois mois n'emploiera-t-on plus.

Mais il y a quelque chose de bien plus grave encore. En agissant ainsi sur le malade, vous lui ôtez la conscience de son être ; vous le livrez entièrement aux personnes qui l'entourent. Plonger une femme dans un

état d'ivresse, la rendre insensible, lui faire perdre connaissance, est-ce donc une chose morale? A-t-on réfléchi à tout ce qui pourra en résulter? A mes yeux, la nouvelle méthode est sujette à des inconvénients graves, et je ne saurais trop vivement protester contre la généralisation d'un semblable moyen.

Puis, jusqu'à ce que l'on soit parfaitement fixé sur ce fait et sur les conséquences auxquelles il peut conduire, ne serait-il pas prudent de s'abstenir de ces publications anticipées? Il y a plus d'une prétendue grande découverte, dont on ne parle plus aujourd'hui; qui sait s'il n'en sera pas de même de l'éther?

Qu'un malade souffre plus ou moins, est-ce là une chose qui offre de l'intérêt pour l'Académie des sciences? Qu'y a-t-il, d'ailleurs, d'étonnant à ce que des vapeurs d'éther enivrent? Il enivrerait aussi bien si on le faisait avaler aux malades; pourquoi alors ne pas le faire avaler? Tout le monde sait que les individus affectés de douleurs névralgiques, calment ces douleurs en prenant quelques gouttes d'éther sur du sucre; il serait plus rationnel de donner l'éther à vos malades dans une potion que de le leur faire respirer. Quand je vois le bureau de l'Académie couvert, comme il l'est aujourd'hui, d'une multitude d'appareils plus absurdes les uns que les autres, j'éprouve, je l'avoue, une sensation pénible. Si vous voulez continuer à employer l'éther pour vos opérations, faites-le logiquement : faites le prendre en boisson. Les vapeurs ont souvent de graves inconvénients : témoins les précautions nombreuses dont on s'entoure pour faire respirer aux malades certaines vapeurs, celles d'acide prussique, de chlore, etc. Je sais bien que ce que font nos confrères, c'est dans un but de philanthropie; mais leurs expériences doivent être réprouvées; car elles peuvent déterminer de graves accidents; et j'insiste sur ce point, elles sont immorales. (Agitation; murmures.)

M. Milne-Edwards : M. Magendie semble ignorer une chose, c'est que les personnes qui ont fait les expériences dont il s'agit les ont faites sur elles-mêmes avant de les faire sur autrui, qu'elles étaient prévenues par conséquent des effets qu'elles allaient produire, et qu'elles ont agi toujours avec beaucoup de prudence et de dignité. Dans tous les récits que j'ai entendus, il m'a paru que toutes les précautions nécessaires, indispensables, ont été observées. M. Magendie pense que peut-être l'introduction de la vapeur d'éther dans les voies aériennes n'est pas sans dangers; mais les expériences de M. Magendie lui-même ont établi que, lorsqu'on veut établir une action rapide, il faut déterminer une absorption prompte, et c'est par le poumon que cette absorption se fait le plus rapidement. Étant en dehors de toute cette discussion dans laquelle je suis parfaitement désintéressé, j'ai jugé convenable de dire un mot à l'occasion d'un blâme qui n'est pas mérité.

M. Magendie : Ce que dit M. Milne-Edwards est très exact. Par le poumon, l'absorption est très-rapide ; elle le serait encore bien plus si l'on injectait de l'éther dans l'artère carotide. Mais est-il prudent de provoquer une absorption rapide ? Pourquoi l'acide prussique cause-t-il la mort aussi rapidement ? c'est parce qu'il est absorbé très-vite. C'est pour cela que l'on ne doit pas se servir de cette voie d'absorption en employant l'éther en chirurgie ; la rapidité de l'action d'une substance n'est pas un avantage.

M. Velpeau : J'ai besoin de répondre à M. Magendie parce que la protestation qu'il a fait entendre me paraît grave. Assurément, les effets que produit l'éther ne passeront pas sans trouver de critique. Le galvanisme en a trouvé aussi ; mais je ne m'attendais pas à ce que ces critiques vinssent de M. Magendie, et je m'atendais encore moins à le voir s'élever contre les expériences. Les expressions dont il s'est servi ont quelque chose de peu gracieux pour nous. Il semblerait d'après lui que nous nous sommes livrés à ces expériences sans précautions, sans savoir ce que nous voulions faire. Au contraire, toutes les précautions les plus sévères ont été prises. Ce n'est pas au moment où l'on a su que l'on rendait les malades insensibles avec de l'éther que nous avons commencé ; ce n'est qu'après des essais répétés cent fois par des personnes sérieuses que nous nous sommes décidés. D'ailleurs, à bien examiner la chose, ce n'est pas ce que l'on peut appeler des expériences.

M. Magendie vient de dire que c'est peu de chose de souffrir, et qu'une découverte qui a pour but d'empêcher la douleur est d'un médiocre intérêt. Mais M. Magendie croit-il que ce n'est rien que la douleur ? Ignore-t-il que c'est là la cause des angoisses des familles ? M. Magendie semble partager l'opinion vulgaire que les chirurgiens sont durs, insensibles. C'est en effet ce que disent les gens du monde. Il ne sait donc pas, mais si, il le sait bien, tout ce que les chirurgiens concentrent d'émotions quand ils pratiquent une grave opération. S'ils ne les laissent pas voir, c'est que le sang-froid, l'impassibité apparente, sont une de leurs premières qualités. Et dès lors comment s'étonner que les chirurgiens acceptent avec bonheur une découverte qui, sans aucun danger, produit de l'insensibilité ?

Le point capital ici est acquis, c'est l'insensibilité ; ce fait est maintenant hors de toute contestation. Mais à part ce fait, il y a des variétés dans les effets, et dans ce qu'a dit M. Magendie il y a une chose vraie : les uns restent inertes, les autres s'agitent ; mais il s'agit de savoir, et on le saura, si l'on ne pourra pas maîtriser ces mouvements sans nuire aux malades. Eh bien ! on y est déjà en partie parvenu.

Quant à l'innocuité du moyen, des faits nombreux le prouvent surabondamment. Quand nous devons opérer des malades, nous essayons d'a-

bord la méthode ; si elle ne réussit pas, nous y renonçons. M. Magendie vous a fait voir un de nos opérés agitant sa main sanglante. . . . Ce n'est pas vrai : la main sur laquelle on opérait n'a pas été abandonnée un seul instant ; l'opération n'a pas été interrompue. Notre collègue se fait illusion sur la manière dont nous avons commencé nos essais. J'ai su peut-être le premier à Paris les effets des inspirations éthérées, et cependant je n'ai point osé les employer ; ce n'est qu'après des essais faits par M. Malgaigne, et suivis de succès, que j'ai commencé mes expériences, dont, je l'ai avoué, je n'avais pas été satisfait d'abord. Y a-t-il dans la science un seul fait important qui n'ait présenté d'abord des oscillations ? Bientôt je suis arrivé à des faits de plus en plus concluants ; j'affirme maintenant que l'on arrive toujours à produire l'insensibilité. M. Magendie nous parle de cette fille hystérique qui a été prise de mouvements convulsifs. Mais si je lui avais arraché l'ongle sans lui faire respirer l'éther, n'en aurait-elle pas eu également, plus peut-être ? Le fait certain et positif, c'est que les malades n'ont pas souffert.

Quant à l'influence des inspirations éthérées sur les suites des opérations, voici quinze jours que mon premier malade a été opéré ; j'ai eu un succès complet ; mon malade va très-bien, comme tous ceux que j'ai opérés depuis. Il n'y a rien eu jusqu'à présent qui puisse être considéré comme dangereux. L'action de l'éther ici est rapide, instantanée ; c'est là ce qui en fait le merveilleux, comme aussi la rapidité avec laquelle s'en dissipent les effets. Je ne connais pas d'agent mis en rapport avec un sujet vivant qui jouisse de propriétés pareilles. Si M. Magendie veut nous apprendre quelque chose de nouveau, nous l'accueillerons avec empressement. S'il peut nous prouver qu'administré par l'estomac, l'éther agit mieux, ce que je ne crois pas, nous nous rendrons à l'évidence. Jusqu'à nouvel ordre nous nous contenterons de l'inspiration des vapeurs éthérées. L'action est de cette façon assez rapide pour nous, et nous n'avons aucune envie d'essayer les injections d'éther par la carotide. (On rit.)

M. Roux : Je pense, comme M. Velpeau, que le meilleur mode d'administration de l'éther en pareil cas est celui par les voies respiratoires. Il ne serait pas prudent de faire boire à un malade un demi-verre d'éther ; les effets toxiques seraient beaucoup plus violents et moins prompts. Quant à la promptitude, c'est un grand point que de pouvoir à volonté obtenir en quelques minutes les résultats que l'on désire. Dans un fait qui m'est propre, j'ai vu un malade tomber assoupi en moins d'une demi-minute.

M. Magendie regrette que les expériences aient été faites sur l'homme ; mais il nous eût semblé difficile de les faire sur des animaux. D'abord, nous n'eussions pas pu savoir s'ils avaient souffert ; puis, en définitive,

les effets produits sur l'homme sont seuls absolument concluants : tout le reste n'est que probabilités. Si M. Magendie avait assisté aux dernières séances de l'Académie, il aurait pu se convaincre que les communications de M. Velpeau et les miennes ont été faites avec la plus grande réserve, la plus grande prudence; j'ai dit moi-même que certainement il se rencontrerait des cas où, dût l'opération être des plus cruelles, des plus graves, des plus douloureuses, il ne faudrait point employer l'éther, dans la crainte, si elle était longue, que le malade ne finit par se réveiller et, surpris par ce qui l'entoure, ne s'agitât. Depuis huit jours j'ai soumis six malades aux inspirations d'éther, et toujours avec succès.

M. Magendie : Dans tout ce que l'on a dit, je n'ai rien vu qui ait détruit mes objections. Il est évident que les chirurgiens emploient l'ivresse de l'éther dans un but philanthropique. Mais l'ivresse de l'éther est moins connue que celle du vin et de l'alcool ; comme les autres ivresses, elle a diverses formes, diverses variétés que l'on apprendra à connaître, et ce n'est guère que sous ce rapport que seront utiles les expériences auxquelles on se livre en ce moment. M. Velpeau prétend que nous faisons plus que personne des expériences, nous aussi ; cela est vrai ; mais nous opérons sur des animaux, et les expériences du genre des nôtres auraient pu satisfaire ces messieurs. J'ai remarqué, il y a déjà bien des années, lorsque je professais un cours sur l'action des substances médicamenteuses, que l'éther produisait l'insensibilité. J'admets les cas les plus favorables, ceux où l'on a obtenu une insensibilité complète, où l'on a transformé un être sensible en un être inerte, en un cadavre, comme l'a dit M. Velpeau, il n'en restera pas moins à craindre des dangers sérieux. L'éther agit sur le sang comme substance toxique. Comme tel, il le rend plus fluide ; a-t-on observé quels seraient les effets de cette modification du sang sur la production des hémorrhagies pendant les opérations ?

Il est une question que l'on a laissée comme tout à fait secondaire, et qui est en réalité d'un intérêt principal ; c'est celle-ci : Y a-t-il de l'avantage à supprimer la douleur, à rendre les malades insensibles pendant une opération ? Lorsque l'on fait une opération grave, que le bistouri agit dans le voisinage d'un gros tronc nerveux, d'un gros vaisseau, n'y a-t-il pas intérêt pour le chirurgien à savoir à quelle distance il est de ce nerf, et ne tire-t-il pas un précieux enseignement de la douleur que cause au malade le moindre contact de l'instrument sur ce nerf ?

Il n'est pas moins utile d'être averti si l'on embrasse un nerf dans l'anse de fil qui lie une artère, et si vous supprimez la douleur, vous ne vous en apercevrez que trop tard, une fois le pansement fait. Je maintiens qu'il est une foule d'opérations où il est essentiel que le malade souffre et sente la douleur, lorsque, par exemple, le chirurgien agit au

fond d'une plaie profonde, et que la sensibilité est une condition importante du succès. La douleur a toujours son utilité. Que deviendra la femme en travail, si vous lui suspendez les douleurs nécessaires à l'accomplissement de la parturition? D'ailleurs encore, l'éther n'est pas sans inconvénients. J'ai été consulté, il y a quelques jours, par un jeune homme qui avait voulu essayer sur lui les inspirations d'éther, et qui avait conservé de cette expérience une céphalalgie atroce dont il ne pouvait se débarrasser. Une femme, je le repète, est morte deux jours après une opération faite dans ces conditions; je ne dis pas que ce soit l'éther qui fût cause de cette funeste terminaison, mais rien ne prouve qu'il n'y ait été pour rien. Je ne blâme pas l'esprit qui préside à ces expériences, mais je soutiens que la question est loin d'être jugée, et qu'il faut mettre beaucoup de réserve dans ces communications.

M. Lallemand : d'après les détails donnés par MM. Roux et Velpeau, il paraîtrait que l'éther a pour effet de produire un relâchement plus ou moins complet du système musculaire. Cet état de relâchement des muscles, qui peut être utile dans quelques circonstances, est loin d'être favorable pour toutes les opérations. Il y a des amputations dans lesquelles il est nécessaire qu'il s'opère une rétraction; cette rétraction se fait en raison de la longueur du muscle, et les chirurgiens comptent sur elle, par exemple, dans l'amputation de la cuisse. Si les muscles ne se rétractent pas, il est évident que l'on sciera l'os beaucoup trop bas. Ceci a donc plus d'inconvénients que d'avantages, dans certains cas. M. Magendie a fait ressortir les dangers que pourrait produire la ligature d'un nerf pris avec une artère, si l'on n'était point averti par la douleur que cette faute cause au malade. Lorsque pareille chose arrive chez un opéré qui se trouve dans les conditions normales, on peut de suite couper la ligature et la replacer convenablement. J'ai essayé une fois de laisser une ligature dans laquelle j'avais par mégarde compris un petit filet nerveux, croyant que cela serait sans inconvénient, j'ai eu vivement à m'en repentir; car il est survenu des accidents nerveux que je n'ai pu rapporter à une autre cause.

M. Serres résume en quelques mots la marche de la question depuis les premiers essais que l'on a tentés; il pense que cette propriété de l'éther pourra avoir de grands avantages dans la pratique de la médecine comme dans celle de la chirurgie. Il rend justice à la prudence qui a présidé aux tentatives faites jusqu'à ce jour, et affirme que sur ce point on n'a pas d'inquiétudes à concevoir.

La lecture de la correspondance est remise à la séance prochaine.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE PARIS.

SÉANCE DU 19 JANVIER. — PRÉSIDENCE DE M. BÉGIN.

M. Leroy-d'Étiolles adresse la lettre suivante :

« Étranger à l'Académie de médecine, je ne puis prendre part à la discussion sur la lithotritie, qui va s'ouvrir prochainement. Toutefois, si l'assemblée désire que je lui fasse connaître le résultat de ma pratique, et que je lui exprime ma pensée sur l'état actuel de cette méthode, ainsi que sur les améliorations dont elle est susceptible, je pourrai le faire sous forme de lecture. Que l'Académie veuille bien me notifier son bon plaisir, et je me mettrai en mesure de la satisfaire.

« Je profite de l'occasion de cette lettre pour consigner ici l'indication d'une disposition nouvelle des brise-pierres courbes à deux branches qui en augmente la force et la solidité. Ces instruments furent d'abord formés de deux valves entre lesquelles glissait la branche mâle retenue par deux coulisses en queue d'aronde, comme le compas des cordonniers, sur le mécanisme duquel ils paraissent avoir été copiés. Cette disposition était vicieuse, comme l'événement ne tarda pas à le montrer : les deux valves s'écartèrent sous le choc du marteau, et, pour les rapprocher, il fallut faire à l'urètre une incision.

« Une autre disposition fut alors donnée en France aux lithotribes courbes, et c'est celle qui a prévalu jusqu'à ce jour. La branche femelle ou fixe est formée d'une bande de tôle d'acier roulée en gouttière, dans laquelle est reçue et glisse la branche mâle. Ce mode de structure est de beaucoup préférable au précédent ; pourtant il m'a semblé que l'on obtiendrait plus de force encore sous un même volume, si les deux parties de l'instrument étaient pleines, et le résultat m'a paru satisfaisant. Dans ce nouveau brise-pierre, la jonction des deux pièces se fait au moyen d'une coulisse en queue d'aronde placée sur le côté ; de cette jonction latérale résulte, pour que les mors se rencontrent de face, la nécessité de faire éprouver une torsion aux deux branches dans le point où elles se coudent ; mais cette torsion, loin de les affaiblir, en augmente la résistance et rend leur ajustage plus précis. J'ai tiré bon parti de cette disposition pour la structure de mon double brise-pierre qui, saisissant le calcul, le présente successivement à l'action de l'écrasement ou de l'usure. Cet instrument, que j'ai communiqué l'année dernière à l'Académie des sciences, a reçu depuis un perfectionnement que je soumettrai à l'Académie de médecine. »

La correspondance comprend, en outre, plusieurs lettres dont il est successivement donné lecture par M. le secrétaire. Deux de ces lettres, l'une de M. A. Sanson, la seconde de M. Ménière, sont relatives aux inspirations d'éther. En voici le résumé :

M. A Sanson écrit que depuis plusieurs années il a fait divers essais tendant à diminuer ou à annihiler la douleur dans les opérations. Il a essayé tour à tour; 1° le froid; 2° la compression des gros troncs nerveux jointe à l'action du froid, dans le but de déterminer une paralysie momentanée de la peau; 3° l'ivresse par la vapeur d'alcool et le camphre; 4° le narcotisme par les opiacés; 5° enfin, la syncope par la saignée faite debout. C'est principalement sur des sujets auxquels il avait à réduire des luxations que M. Sanson a appliqué ces diverses méthodes, qui ont toutes plus ou moins réussi dans quelques cas.

M. Ménière soumet à l'Académie quelques faits relatifs à l'emploi des vapeurs éthérées comme agent thérapeutique. Ces faits, dit-il, devaient faire partie d'un travail qu'il se proposait de communiquer plus tard à l'Académie; mais la circonstance de l'attention particulière, dont l'éther est en ce moment l'objet, l'a engagé à les faire connaître immédiatement, bien qu'il n'aient pas directement trait à la question dont on se préoccupe en ce moment. M. Ménière commence par rappeler qu'Itard est le premier qui ait eu l'idée de faire pénétrer des vapeurs d'éther dans la caisse du tympan, pour le traitement des cas de surdité, désignés sous le nom de surdité nerveuse. Il pense donc que l'honneur de l'invention de ce mode d'emploi de l'éther doit rester à Itard. Les premiers essais que M. Ménière a tentés lui-même lui ont paru assez satisfaisants pour l'engager à faire des expériences multipliées. Il a employé actuellement ces fumigations chez plus de 500 individus atteints, soit de surdité nerveuse, soit d'hémicrânie, soit de paralysie du nerf facial, et il en a obtenu généralement des effets satisfaisants. Les principaux résultats qu'il a obtenus sont les suivants : diminution de la surdité, disparition de la migraine.

M. Mérat lit une note sur les propriétés thérapeutiques de l'éther. D'après lui, autant qu'il nous a été possible de l'entendre, l'éther aurait une action sédative, stupéfiante, à laquelle doivent être attribués les effets qui viennent d'être tout récemment constatés.

M. Honoré rappelle à cette occasion la lettre que vient de publier, il y a peu de jours, dans le journal *l'Époque*, un publiciste très-connu, M. Granier de Cassagnac, lequel dit n'être parvenu à calmer une névralgie extrêmement douloureuse, dont il était atteint il a quelques années, qu'en respirant pendant plusieurs minutes de l'éther sulfurique.

M. Malgaigne : Depuis la dernière séance, j'ai répété les expériences dont j'ai entretenu l'Académie; je dois dire que les résultats ont été fort divers; quelques-unes de ces expériences ont réussi; d'autres ont échoué. Mais en examinant les choses de plus près, j'ai pu faire quelques observations nouvelles relatives aux effets consécutifs des inhalations d'éther. On s'était demandé si les inhalations d'éther ne pourraient pas avoir quel-

ques conséquences fâcheuses. Chez un amputé dont j'ai déjà entretenu l'Académie, j'ai cru remarquer que la réaction avait été moins vive qu'à l'ordinaire. Mais une autre circonstance, qui m'a frappé, et que je recommande à MM. les psychologues, est la suivante : il semble que, dans quelques circonstances, le centre de la sensation pour la douleur soit différent du centre de la sensibilité ordinaire. Plusieurs sujets avaient conservé leur connaissance, ils paraissaient avoir parfaitement conscience de leur état, ils entendaient tout ce qu'on leur disait et y répondaient avec justesse, mais ils ne sentaient pas la douleur. Il m'a semblé, en un mot, qu'il y avait là *deux centres de sensations distinctes*. C'est une idée que je soumets aux psychologues.

Rate et fièvres intermittentes. — L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la rate et les fièvres intermittentes. La parole est à M. Castel.

M. Castel : Il y a fort longtemps, j'osai proposer, en termes absolus et d'une manière explicite, d'élaguer de la nosologie la division des fièvres en fièvres symptomatiques et fièvres essentielles ; j'avais pour ce premier aperçu cette complaisance, que Montaigne assimile à la tendresse d'un père pour ses enfants, lorsque je trouvai dans Sauvages quelque chose de semblable, et dans Van Swieten quelque chose d'équivalent. La désessentialisation des fièvres n'est donc pas une conquête de l'époque actuelle, comme M. le rapporteur semble le croire. Toutefois, la dénomination de fièvre essentielle est encore usitée, et il est fort difficile de la proscrire irrévocablement, soit parce que souvent le siége de la maladie reste caché, soit parce que la fièvre ne dépend pas toujours d'une lésion organique distincte ; elle peut dépendre de l'affection de tout un système de l'économie.

On rencontre moins de difficultés quand on considère la fièvre, non comme une maladie, mais comme une réaction que la maladie a rendue nécessaire. En général, la réaction se dessine avec plus d'évidence et plus d'énergie dans les fièvres intermittentes. Chaque système y concourt en raison directe de l'influence qu'il exerce sur la vie. Les divers phénomènes des fièvres intermittentes sont plus faciles à expliquer que ceux des autres fièvres ; disons aussi qu'ils répandent beaucoup de lumière sur la cause de la maladie : nos honorables confrères, MM. Audouard et Piorry, la placent principalement, presque exclusivement, dans la rate. L'engorgement de ce viscère, mou, spongieux, qui, selon Riolan, est très-susceptible d'intumescence, et dont Vésale comparait la fonction avec celle du foie, serait la cause de la plupart des fièvres intermittentes, notamment de celles qui attaquent les individus qui ont été exposés aux émanations paludéennes. Mais, d'abord, on a constaté que la rate avait acquis un volume énorme chez des personnes qui avaient

toujours joui d'une bonne santé ; ensuite, lorsque la rate a été trouvée volumineuse, déformée, après certaines fièvres, c'est lorsque la fièvre avait duré longtemps, *post diuturnas febres*, *post chronicas febres*, a dit Morgagni : les miasmes n'ont ni plus ni moins d'action sur la rate que sur les autres viscères. Admettez, si vous voulez, qu'elle est prompte, qu'elle est plus prompte dans les viscères dans lesquels, par une suite de leur texture, la circulation est plus difficile que dans les autres, leur tuméfaction ne devra pas être considérée comme la cause immédiate de la fièvre ; elle n'est, après l'infection paludéenne, ni la cause ni le résultat de la fièvre ; elle est, comme la fièvre elle-même, le produit de l'embarras de la circulation. Et cet embarras, d'où vient-il ? M. Audouard n'avait qu'un échelon à monter pour en dévoiler l'origine.

« C'est toujours le sang, dit-il, qui, modifié dans sa nature ou dans « son cours, est l'agent principal des fièvres intermittentes. » Il fallait définir en quoi consiste cette modification ; il fallait développer le véritable sens de ces expressions, intoxication, poisons gazeux, principes stupéfiants, et reconnaître enfin qu'ils ont enlevé au sang une partie de ses propriétés excitantes. L'analyse des phénomènes mêmes de la fièvre eût été une source féconde d'interprétations fondées sur la nature. En adoptant ces rapprochements, le médecin verra dans la première période de la fièvre, dans le frisson, plus qu'un symptôme ; il y verra une diminution de la vie ; que dis-je ? un commencement de mort. Et cela est tellement vrai, que, si la réaction n'intervenait point, le plus grand nombre des accès auraient une issue funeste. Aussi les malades qui succombent à une fièvre intermittente meurent ordinairement dans la période du froid. La nature a déjà obtenu un succès. Quand la chaleur de la période commence, c'est elle qui constitue la réaction : celle-ci est dépurative ; elle rend au sang, pour quelques heures, quelquefois pour toujours, le stimulus qu'il avait perdu. Les principaux systèmes de l'organisme y prennent plus de part, en raison de leur importance. Il ne s'ensuit point que les fièvres intermittentes doivent être considérées comme une névropathie ; elles ne sont ni des névropathies ni des angiopathies. Le système nerveux ne peut rien par lui seul ; ici, comme dans beaucoup d'autres affections, les phénomènes qui paraissent appartenir plus spécialement à ce système sont consécutifs. Ainsi, par exemple, la contraction de la peau, les pâleurs, les autres accidents spasmodiques, viennent de ce que la circulation a resserré son domaine. Cette rétrocession commence même avant l'invasion du paroxysme. On peut s'en convaincre en explorant le pouls dans les heures qui précèdent immédiatement l'invasion.

M. Piorry : Je regrette que M. Audouard ait cru qu'on ne lui a pas rendu ici toute justice ; je crois, au contraire, avoir été parfaitement

équitable à son égard. Mais au surplus ce n'est pas dans la question de priorité que gît l'intérêt de ce sujet. Ce n'est pas plus pour M. Audouard que pour moi-même que la théorie est nouvelle ; on la trouve indiquée dans Morgagni, dans Sauvages ; je laisse donc là la question de personnalité. Ce qu'il importe ici, c'est de savoir si la théorie est vraie ou non. J'aborde donc les objections qui m'ont été faites.

Et d'abord, en ce qui concerne M. Castel, je me bornerai à dire qu'il y a entre lui et moi toute la distance de l'ancienne médecine à la médecine moderne, à la médecine anatomique, et que par conséquent nous ne saurions nous entendre.

On a dit et l'on ne cesse de répéter qu'il y a des rates grosses sans fièvre. Cela est vrai, mais ce sont des cas exceptionnels ; et d'ailleurs comment s'en est-on assuré ? A-t-on examiné les malades avec le plessimètre ? On a dit ensuite que, dans certaines épidémies, la rate était grosse sans qu'il y eût d'accès fébriles intermittents ; on a cité les exemples de la fièvre typhoïde, de la fièvre jaune, de la peste. Je regrette que cette objection m'ait été faite par des hommes dont j'estime tant l'opinion ; mais les faits qu'ils ont vus sont manifestement contraires à la vérité. Toutes les fois que, dans les fièvres graves, dans la fièvre typhoïde, j'ai vu la rate grosse, je me suis toujours assuré que les malades avaient eu auparavant des accès de fièvre. On a parlé de la peste, de la fièvre jaune ; mais ne sait-on pas que, dans ces deux maladies, il y a des paroxysmes fébriles, que, dans presque toutes les grandes épidémies, il y a des phénomènes d'intermittence ? Qu'y a-t-il d'étonnant que, dans tous ces cas, on ait trouvé la rate grosse ?

La rate est volumineuse dans la moitié des cas : voilà le fait qui a été reconnu par tous les observateurs, par M. Bouillaud notamment ; c'est le fait qu'il importe le plus pour moi de mettre hors de toute contestation. Relativement à ce point, je me défends d'avoir reçu cette opinion de M. Audouard, je ne l'ai reçue que des faits même, c'est à la plessimétrie que je la dois.

La rate est volumineuse dès le premier accès : voilà un second point que je tiens également à établir. Les sujets qui succombent à une fièvre intermittente pernicieuse meurent, comme on le sait, au second accès, rarement plus tard, jamais plus tard qu'au troisième. Or on trouve toujours alors la rate grosse. C'est ce qu'ont constaté MM. Trousseau, Bailly (de Blois) et presque tous les médecins de l'armée d'Afrique. Sans doute, dira-t-on, quelques-uns de ces sujets avaient eu des accès de fièvre intermitténte auparavant ; je ne le conteste pas, mais on peut admettre que la moitié au moins n'étaient pas dans ce cas, et que la rate était devenue grosse chez ceux-là dès le premier accès pernicieux. D'ailleurs, n'ai-je pas constaté plus de vingt fois, comme je l'ai déjà dit, le

développement d'accès fébriles intermittents à la suite de coups, de blessures reçues sur la rate, de déplacements ou de lésions quelconques de cet organe?

On a dit que dans les pays marécageux ce n'était pas la rate hypertrophiée qui donnait des accès de fièvre, mais les miasmes, qui agissaient sur le sang d'abord, puis sur tout l'ensemble de l'économie, à la manière d'un empoisonnement. Qui le nie? Mais niera-t-on aussi que les miasmes n'agissent sur la rate? toutes les substances toxiques n'ont-elles pas une sorte d'organe d'élection sur lequel se porte plus particulièrement leur action? Or la rate est cet organe d'élection pour les miasmes marécageux. On a dit encore que c'était le frisson qui produisait la congestion de la rate; mais j'ai vu des accès de fièvre sans frisson, et cependant la rate était grosse.

Enfin, procédant par voie d'exclusion, M. Piorry cherche à prouver que ce ne sont ni les poumons, ni le cerveau, ni la moelle, ni le cœur, ni le foie, qui s'engorgent et produisent l'accès dans la fièvre intermittente, que c'est par conséquent la rate. Relativement au foie, que l'on a dit être souvent engorgé dans les fièvres intermittentes, il n'a pas trouvé cinquante fois le foie engorgé.

Vu l'heure avancée, la suite de la discussion est renvoyée à la séance prochaine.

M. Bricheteau présente une pièce d'anatomie pathologique relative à un anévrisme très-volumineux de l'aorte ouvert dans la bronche gauche.

M. Lucien Royer présente une tumeur de la matrice d'une forme particulière, un polype en forme de grappe, qu'il a extrait il y a quelques jours sur une femme pendant le travail de l'accouchement.

La séance est levée à cinq heures.

SÉANCE DU 26 JANVIER. — PRÉSIDENCE DE M. BÉGIN.

M. Le secrétaire donne successivement lecture des lettres suivantes de MM. Casimir Broussais, Durand (de Lunel), et Landouzy (de Reims).

1° M. Casimir Broussais adresse quelques réflexions sur le rôle que joue la rate dans les fièvres intermittentes, d'après les observations qu'il a recueillies durant son séjour en Algérie. Les idées que ses observations lui ont permis de se faire sur cette question sont conformes à celles de M. Piorry en ce qui concerne le rapport qui existe entre les accès de fièvre et l'hyperthrophie de la rate; mais elles en diffèrent sous le point de vue de la relation de cause à effet que prétend établir M. Piorry, et sous ce rapport il se range à l'opinion de M. Bouillaud. Il a examiné la rate sur un grand nombre de fiévreux, et il s'est servi pour cet examen de la plessimétrie. Dans presque tous les cas il a trouvé la rate plus

volumineuse que dans l'état normal; il a pu constater chez quelques-uns cette hypérémie de la rate dès leur premier accès. Cependant, dans quelques cas, il semble que la rate ait été réfractaire à l'influence des causes de la fièvre intermittente. Chez un sujet, par exemple, il a pu constater jusqu'à cinq récidives de fièvre intermittente sans que la rate ait augmenté de volume. M. Broussais a remarqué que la rate est plus généralement volumineuse dans les fièvres intermittentes que dans les fièvres rémittentes.

En résumé, M. Broussais conclut : 1° que l'hypertrophie de la rate, qui accompagne les fièvres intermittentes dès leur début, est l'effet de la fièvre et non la cause.

2° La répétitition des accès donne lieu à un engorgement de la rate, qui persiste et passe à l'état chronique.

3° Chaque nouvelle récidive provoque une hypertrophie nouvelle, qui s'ajoute à l'hypertrophie persistante résultant des accès précédents.

4° L'hypertrophie de la rate cède non seulement au sulfate de quinine, mais encore à tous les moyens capables de faire cesser la fièvre.

2° M. Durand (de Lunel) écrit pour établir la différence qui existe entre ses idées et celles de MM. Audouard et Piorry, relatives aux fièvres intermittentes.

3° La lettre de M. Landouzy est relative à l'éther.

Au moment où M. le secrétaire en commence la lecture, M. Gérardin l'interrompt pour demander que les communications sur ce sujet, et la discussion à laquelle elles pourraient donner lieu, soient renvoyées à une autre séance, afin de ne point interrompre la discussion actuellement engagée devant l'Académie.

M. Piorry appuie la proposition de M. Gérardin.

Cette proposition est vivement combattue par plusieurs membres.

M. Gerdy fait observer qu'un ajournement pour une question d'un pareil intérêt pourrait avoir de graves inconvénients pour les auteurs qui envoient des communications à l'Académie.

D'après les désirs exprimés par la majorité des membres de l'Académie, M. le secrétaire est invité à donner suite à la lecture de la lettre de M. Landouzy. Voici les principaux faits qu'elle renferme :

Une femme de 30 ans environ fut soumise aux inspirations de vapeur d'éther ; le vase dans lequel était contenu l'éther était chauffé à la température de 32 degrés. Au bout de vingt minutes, la malade disait se trouver dans un état fort agréable, et éprouver des sensations analogues à celles qu'elle éprouve habituellement après avoir bu trois flûtes de vin de Champagne. (Hilarité générale.) Au bout de quarante-cinq minutes, tendance au sommeil ; la dame répond cependant aux questions qu'on

lui adresse et n'a pas perdu connaissance. On lui arrache aussitôt la première grosse molaire, extraction qui provoque chez elle un léger cri de surprise plutôt que de douleur. Après son réveil, elle déclare n'avoir presque pas souffert de cette opération.

Chez une jeune fille préalablement assoupie par les vapeurs d'éther, M. Landouzy a enlevé une tumeur située dans la région mastoïdienne. Il n'y a point eu d'hémorrhagie après l'opération. Ce n'est qu'au bout d'une demi-heure que quatre petites artères ont donné du sang.

Dans deux autres expériences les résultats ont été nuls, même après une demi-heure d'aspirations éthérées.

M. Landouzy appelle l'attention des chirurgiens sur le retard des hémorrhagies, lesquelles pourraient, en pareille circonstance, ne survenir que longtemps après les opérations, et déterminer des accidents si l'on ne prenait pas les précautions convenables.

Enfin, les dernières pièces de la correspondance sont des notes accompagnant des appareils pour l'inhalation de l'éther, adressées par MM. Charrière, Lüer et Lebert.

M. Honoré rend compte de deux expériences qu'il a faites depuis la semaine dernière. L'une de ces expériences est relative à un cas de névralgie faciale extrêmement intense, et qui s'était montrée jusqu'à ce jour rebelle à toutes sortes de médications. Les accès étaient si violents que, pendant toute leur durée, le malade ne pouvait ni parler ni manger, et ces accès duraient plusieurs heures. Dans cette circonstance, M. Honoré pensa aux inspirations d'éther; il se borna à placer un flacon d'éther sous le nez du malade, en l'engageant à inspirer fortement à plusieurs reprises ; il en a éprouvé aussitôt un calme tel qu'il a pu parler aussitôt. Le second cas est relatif à une tumeur dans le flanc.

M. Boullay : La découverte dont il s'agit paraît devoir acquérir une grande importance, et le public s'en préoccupe beaucoup ; mais il y a une chose fâcheuse : c'est que jusqu'à présent les résultats paraissent être très-variables. Tantôt on réussit, tantôt on ne réussit pas. Cela ne tiendrait-il pas à ce qu'on n'a pas eu encore jusqu'à présent une manière régulière de procéder? Je crois qu'il serait utile que l'on cherchât à déterminer d'une manière précise le moyen le plus convenable d'administrer l'éther et de le doser. On devrait, ce me semble, pour arriver à ce résultat, l'essayer sous différentes formes, s'assurer si, administré par l'estomac, il n'agirait pas plus directement et à dose moins élevée qu'en inspiration. Ne serait-il pas convenable qu'une commission reçût de l'Académie la mission de faire à cet égard toutes les expériences qu'elle jugerait convenables?

M. Regnault : Puisque la question s'engage sur l'éther, il ne sera peut-être pas inutile de faire connaître à l'Académie les expériences qui ont

été commencées à Alfort par M. le professeur Boullay, fils de notre honorable collègue. Quatre chiens et deux chevaux ont été soumis à cette expérience ; j'ajouterai qu'un élève d'Alfort s'y est également soumis. Deux chiens sur quatre ont éprouvé des effets appréciables. L'un de ces deux chiens, après trois minutes d'aspiration, s'est affaibli et a paru s'endormir ; chez le second, il a fallu prolonger les inspirations pendant dix minutes. Sur le premier on a amputé la cuisse, lié l'artère fémorale, pincé le nerf ; on a tiraillé la peau en l'attirant sur l'extrémité du moignon ; on a enfin pratiqué des incisions sur diverses parties du corps, sans qu'il ait paru témoigner la moindre douleur. On a ensuite endormi une chienne par le même moyen ; seulement, comme on craignait qu'en maintenant constamment les narines bouchées, la respiration ne finît par être embarrassée, on alterna les inspirations avec des instants de repos, ce qui ne parut pas affaiblir le résultat. Au bout de quelques minutes, l'animal était endormi. Cette chienne avait un polype utérin ; on a pu l'enlever pendant cet état de sommeil sans quelle en ait ressenti aucune douleur. Chez un autre chien, qui avait une fracture mal consolidée, on a rompu le cal et on a appliqué un appareil, le tout sans douleur. Enfin on a injecté dans la veine jugulaire d'un cheval de 16 a 18 onces d'éther ; le cheval est tombé aussitôt dans un état de somnolence.

J'en viens à l'élève, pour suivre l'ordre des expériences : cet élève, après avoir aspiré de l'éther, a accusé une sensation qu'il n'a pu mieux comparer qu'à celle que l'on éprouve après avoir bu du vin de Champagne, puis il s'est endormi d'un sommeil tranquille et heureux, ainsi qu'il l'a dit depuis. Pendant qu'il était plongé dans ce sommeil, on lui a enfoncé un bistouri dans le mollet, on a fait quelques incisions. Lorsqu'il s'est réveillé, il a déclaré n'avoir rien senti.

SÉANCE DU 2 FÉVRIER. — PRÉSIDENCE DE M. BÉGIN.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Inhalation d'éther. — M. le président annonce que, sur la proposition qui en a été faite dans le sein du conseil, une commission a été désignée par le bureau pour l'examen de toutes les communications relatives à l'éther. Il invite ceux de MM. les membres de l'Académie, qui auraient de nouvelles communications verbales à faire, à prendre la parole.

M. Honoré rend compte des résultats qu'il a constatés chez le malade dont il a entretenu l'Académie dans la séance précédente. On se rappelle qu'il s'agissait d'un homme âgé qui était atteint d'une névralgie faciale. Cette névralgie avait résisté à tous les moyens ; M. Oudet ayant constaté l'existence d'une carie dentaire, avait fait l'avulsion de la dent cariée à laquelle on pouvait attribuer, en partie du moins, la persistance de cette névralgie. Mais l'extraction de la dent n'eut aucune influence sur la

douleur névralgique qui n'en persista pas moins. Les inhalations éthérées l'ont seules fait disparaître complétement.

M. Jobert (de Lamballe) : Je suis, je crois, le premier chirurgien qui ait expérimenté le moyen en question à Paris. Ma première expérience remonte au 25 décembre. Un jeune médecin américain étant venu à l'hôpital Saint-Louis m'engager à essayer la nouvelle méthode, je l'appliquai le jour même pour un cas de cancer à la lèvre inférieure ; je me servis à cet effet d'un ballon à double tubulure ; cette première tentative fut sans succès. L'appareil était mal conformé et ne contenait qu'une quantité insuffisante d'éther. Chez une femme de 35 ans, ayant une névralgie rebelle de la jambe et à laquelle je proposais la cautérisation transcurrente, j'essayai le procédé. Je me servis cette fois d'un appareil mieux approprié : au bout de quatre minutes, la malade fut endormie ; elle fut d'abord agitée, puis le pouls s'accéléra ; mais trois ou quatre minutes après, elle s'affaisa, les muscles tombèrent dans le relâchement, l'intelligence et la sensibilité furent complétement abolies. Je promenai six traînées de feu.

La malade n'éprouva pas la plus petite douleur ; et quand elle fut réveillée, interrogée sur ce qu'elle avait éprouvé, elle nous déclara qu'elle avait fait un rêve très-agréable qui n'avait été troublé que vers la fin seulement par un rêve pénible. Je dois ajouter que, deux jours après, cette femme eut une attaque d'hystérie.

J'ai fait depuis trois expériences. Un homme ayant une tumeur suspecte, de nature douteuse, au genou droit, a été soumis à l'inhalation éthérée. Pendant treize ou quatorze minutes, il n'a rien éprouvé de remarquable. Cependant, au bout de ce temps, il commença à s'agiter d'abord, puis il tomba dans un état de somnolence et d'affaissement, ses muscles tombèrent dans le relâchement ; je saisis ce moment pour l'opérer : il ne ressentit point la douleur, mais il eut un affreux cauchemar.

Le lendemain j'opérai une femme qui avait un ancien rétrécissement du rectum à la suite duquel il s'était formé une fistule recto-vaginale. Elle réclama elle-même l'usage de l'éther ; après quatre minutes d'inspiration, elle eut beaucoup d'agitation, une toux très-vive, puis elle poussa un cri violent et tomba sur son lit sans connaissance ; son pouls était très-accéléré, la peau froide. Je plongeai deux mandrins dans les trajets fistuleux et je cautérisai. A son réveil, elle dit qu'elle n'avait senti aucune douleur, qu'elle avait éprouvé même des sensations agréables, et qu'elle ne demanderait pas mieux que de recommencer l'opération. Le soir, elle avait un assez violent mal de tête qui se dissipa peu à peu.

Le jour suivant, un homme fut amené à l'hôpital pour une luxation du bras. Sous l'influence des inspirations éthérées, il devint très-gai, il

prononça force paroles incohérentes ; bientôt il tomba dans une insensibilité complète. Je fis alors des tentatives de réduction qui eurent un plein succès. Le malade n'avait rien senti. Il ne se réveilla que quelques minutes après que l'opération eût été terminée.

Un autre, malade auquel je devais pratiquer l'opération de la fistule, ne put s'habituer à l'inhalation ; il eut une violente irritation des bronches et éprouva une sorte de terreur panique.

Une femme qui a été soumise à l'action de l'éther a ressenti, à la suite, de violentes douleurs de tête qui ont continué pendant plusieurs jours. Il est survenu plus tard, chez cette malade, un érysipèle qui l'a fait succomber. A l'autopsie, on a trouvé un engouement pulmonaire et une injection prononcée des bronches.

Un malade, auquel j'ai dû pratiquer l'amputation de la cuisse pour une tumeur blanche au genou, a été réduit par les inspirations d'éther à l'état de cadavre. Il était dans une insensibilité complète, la peau était froide. J'ai amputé, j'ai pratiqué la ligature des artères, le tout sans douleur ; il est resté trois ou quatre heures avant de recouvrer sa connaissance ; ce n'est que dans la soirée qu'il est revenu complétement à lui-même ; il avait alors le pouls petit, fréquent, de la céphalalgie, de l'irritation des bronches. Cet état a duré plusieurs jours ; ce n'est qu'aujourd'hui seulement que les accidents ont complétement cessé.

J'ai pratiqué samedi dernier une amputation du bras pour une tumeur encéphaloïde. Au bout de quatre minutes et demie, le malade a été plongé dans l'insensibilité et dans le sommeil. Le pouls était très-petit, mais il n'avait point perdu son rhythme. Au moment de la première section, le malade se leva comme par un mouvement tétanique. Lorsqu'il s'est réveillé, il a dit qu'il n'avait point souffert ; mais il sentait bien qu'il n'avait plus son bras.

Un malade affecté de tumeur blanche suppurée a demandé lui-même à être soumis à l'éther. Pendant quinze minutes à peu près, l'éther n'a rien produit (l'appareil était très-imparfait : c'était un ballon ordinaire à double tubulure). Le malade était très-agité, il finit par avoir un peu de délire, puis enfin il s'endormit. Je l'amputai. Lorsqu'il fut revenu à lui, on lui demanda ce qui s'était passé. Il dit qu'il avait senti une commotion violente ; il lui semblait qu'on le tuait. Aujourd'hui il est très-bien.

Ce matin même j'ai amputé un sein ; je me suis servi du nouvel appareil de M. Charrière ; la malade est devenue en peu d'instants tout à fait insensible.

En résumé, l'éther a évidemment une action certaine ; il provoque toujours le sommeil, quel que soit même l'appareil dont on fasse usage ; mais ce n'est qu'au bout de dix, quinze et vingt minutes au plus, que l'on

obtient cet effet avec des appareils imparfaits, tandis qu'avec un appareil bien confectionné, tel qu'est celui qu'a présenté en dernier lieu M. Charrière, le sommeil arrive beaucoup plus promptement, au bout d'une, deux, trois minutes au plus. Dans tous les cas, il y a, à des degrés variables, de l'agitation d'abord, de l'incohérence dans les idées, du délire, de la fureur même quelquefois ; puis le pouls s'accélère ; et il y a successivement perte de la volonté, insensibilité, et enfin, au degré extrême, anéantissement complet et refroidissement de la peau. Il y a, en un mot, trois périodes très-distinctes que l'on peut obtenir en quelque sorte à volonté, suivant que l'on pousse plus ou moins l'inhalation.

Si l'on veut savoir maintenant la manière d'agir de l'éther, il me paraît évident que l'éther agit sur le sang et sur le système nerveux. Que si l'on pose la grande question des médications, je la crois facile à résoudre. Je pense que lorsqu'il s'agira d'une opération grave, très-longue, dans laquelle il devra y avoir perte de sang, on devra s'abstenir d'appliquer l'éther. Mais dans les cas où l'opération devra être courte et très-douloureuse, comme le sont en général les amputations, la méthode est parfaitement applicable ; mais, dans tous les cas, il ne faut jamais pousser l'inhalation jusqu'à la troisième période.

M. Blandin : Je n'ai appliqué l'éther que trois fois seulement ; mais dans ce petit nombre d'expériences j'ai fait quelques observations qui me paraissent susceptibles d'éclairer la question. Si j'ai hésité d'abord à employer ce moyen, ç'a été par la crainte de voir les malades rester plus longtemps que cela n'eût été utile sous l'influence de l'éther, et aussi dans l'idée que les suites de l'opération pourraient n'être pas aussi simples qu'on l'a présumé. J'ai essayé l'inhalation éthérée sur deux malades ; je devais pratiquer la cautérisation transcurrente. Chez ces deux sujets, il s'est manifesté d'abord de la pesanteur de tête, puis de l'agitation et de l'hilarité, puis ils sont tombés comme ivres-morts. J'ai observé, en un mot, les trois périodes dont parlait tout à l'heure M. Jobert. Il est évident que pendant l'opération les malades ne se comportent pas de la même manière dans chacune de ces périodes. Dans la première période, par exemple, il est certain que le malade sent, qu'il éprouve la douleur, qu'il sait ce qu'on fait. Dans la deuxième période, il m'a semblé aussi que les malades sentaient encore. Un de mes opérés a poussé un cri et a retiré brusquement son membre ; sa figure a exprimé la douleur. Dans la troisième période, les sujets sont ivres-morts ; il sont dans une insensibilité complète, cela est positif. Chez un homme qui était dans cet état, j'ai amputé le premier métastarsien ; il n'a absolument rien senti.

Maintenant, quels sont les caractères de cette ébriété ? Ces caractères sont des plus variables, surtout dans la première et la deuxième période ;

on peut dire qu'il y a plusieurs genres d'ébriété par l'éther, absolument comme dans l'ébriété alcoolique. Lorsqu'ils reviennent à eux-mêmes, ils disent tous qu'ils ne savent pas ce qu'on leur a fait. Cela prouve-t-il qu'ils n'aient point souffert? Non ; mais qu'ils ont perdu la mémoire de leurs impressions. C'est absolument ce qui se passe dans l'ivresse ordinaire.

M. Bouvier : Les quelques remarques que j'ai eu l'occasion de faire sur ce sujet ne sont pas tout à fait d'accord avec ce que l'on vient de dire. M. Bouvier examine un à un et rapidement les points relatifs aux effets de l'éther, à l'insensibilité, et à l'action de cette substance sur le cerveau. Relativement aux effets, ils lui ont semblé varier à doses égales et convenables, suivant les individus et leurs dispositions morales. Il n'a pas vu que l'insensibilité ne fût complète que dans la troisième période seulement ; l'insensibilité lui a paru également complète à la deuxième période. Quant au troisième point, l'action de l'éther sur le cerveau, il en a essayé l'emploi sur une femme qui était en proie au délire depuis quinze jours, à la suite de couches ; l'éther ne lui a pas paru produire d'effet dans ce cas, mais il n'a pas non plus été nuisible. Dans un cas de colique saturnine, il a obtenu du calme prolongé dès le premier essai, puis au bout de quelques jours une guérison complète. Il lui semble que la durée de l'action de l'éther dans ce dernier cas (40 minutes) doit faire modifier l'opinion des chirurgiens qui craindraient de recourir à l'éther pour des opérations de longue durée. Enfin, une dernière circonstance sur laquelle M. Bouvier a fixé son attention, c'est l'application qu'on pourrait faire de ce moyen à l'obstétrique. Il ne connaît encore qu'un seul cas d'application de ce genre dont la relation a été publiée dans la *Gazette des Hôpitaux*, et l'heureux résultat qu'a eu l'éther dans cette circonstance lui semble autoriser à croire que ce serait là une application utile.

M. Renault : En rendant compte, dans la dernière séance, du résultat des expériences faites à Alfort sur des animaux, j'ai dit que l'éther avait eu pour effet de produire l'asphyxie. Cela tenait au procédé que nous étions obligés de mettre en œuvre pour faire effectuer l'inhalation. Cet inconvénient a fait imaginer à M. Baillarger d'enfermer les animaux (des chiens) dans une sorte de caisse vitrée, dans laquelle on laisse s'exhaler la vapeur d'éther de manière que l'animal soit forcé de le respirer sans employer de violence. Voici ce que nous avons observé, savoir : que l'inhalation de l'éther pendant quelques instants n'a aucun inconvénient pour la santé de ces animaux ; qu'on peut impunément la prolonger au delà d'une heure, pourvu que de temps en temps on laisse respirer à l'animal un peu d'air pur. Au bout de trois quarts d'heure, quand l'inhalation est continuée sans interruption, un animal de moyenne taille

succombe. Sur le seul animal qui ait succombé dans ces expériences, l'autopsie, faite avec le plus grand soin, n'a révélé l'existence d'aucune lésion apparente, soit dans les organes pulmonaires, soit dans le cerveau, qui a été examiné avec attention par M. Baillarger. Enfin l'insensibilité semble être d'autant plus complète que l'inhalation a été plus prolongée. Une dernière observation, c'est qu'il s'établit une salivation abondante et que le pouls bat très-rapidement.

M. Roux ne trouve pas très exacte la distinction établie par M. Jobert entre les différentes périodes de l'ivresse par l'éther. Il comprend bien des nuances graduelles, des degrés différents ; mais il ne voit là, après tout, qu'un accroissement graduel des phénomènes, un commencement, un milieu et une fin. Quant aux effets fâcheux signalés par M. Jobert, M. Roux pense qu'ils tiennent à la manière dont on a procédé beaucoup plus qu'à l'action de l'éther elle-même. M. Jobert a été malheureux sans doute ; car, pour lui, il n'a jamais observé cette persistance des effets de l'éther. M. Roux reproduit les faits qu'il a exposés la veille devant l'Académie des sciences. (Voir plus haut.)

M. Malgaigne : Je suis probablement un des chirurgiens de Paris qui ont fait le plus d'expériences avec l'éther ; j'aurais donc beaucoup de faits à rapporter, mais je craindrais d'être fastidieux ; je me bornerai à les résumer.

On a parlé des périodes diverses de l'ébriété produite par l'éther. Je n'ai rien appris de plus à cet égard depuis mes observations. Je n'admets tout au plus que deux périodes que j'appellerai chirurgicales ; quant à la troisième dont il a été question, je ne suis nullement désireux de la voir. Mais qu'il y ait une période d'excitation particulière, une période de somnolence ou de torpeur. etc., non, je ne le crois pas. Cette excitation, quand elle existe, tient le plus souvent à la maladresse des malades qui ne savent pas faire les inspirations. A entendre quelques chirurgiens, il semblerait qu'ils n'obtiennent que des succès. Cela n'est pas. Quels que soient les appareils dont je me sois servi, avec tous j'ai obtenu des succès et des insuccès. Faut-il, dans ces derniers cas, insister? Ce n'est pas mon avis.

Les effets sont très-variables : l'ébriété par l'éther, comme l'ébriété par le vin, rend les uns furieux, les autres tendres ou gais ; d'autres ne sont qu'assoupis. J'ai vu plusieurs malades qui, étant simplement assoupis, conservaient la conscience de leur état au point d'encourager même le chirurgien, et pourtant ils ne sentaient rien ou tout au plus un mouvement de pression ou une légère piqûre. Lorsque les sujets sont complétement endormis, il y a un phénomène très-capital : c'est qu'ils ont l'air de souffrir. Chez d'autres, c'est un phénomène tout contraire qui a lieu : tandis que les uns sentent tout, excepté la douleur, d'au-

tres semblent, au contraire, ne rien sentir excepté la douleur. Eh bien! pour ce qui est de ces premiers, je ne crois pas qu'ils souffrent; on dit qu'ils perdent la mémoire, cela revient au même. Je ne veux d'ailleurs d'autre témoignage que celui des malades eux-mêmes. Or, tous ceux qui ont eu l'air de souffrir ont déclaré après n'avoir rien senti.

Quant à ce qui est des appareils, les petits sont infiniment préférables aux grands. Outre des avantages qui ont été exposés ailleurs, on est obligé de mettre dans ces derniers moins d'éther; et une chose que j'ai remarquée, c'est que l'éther qui a donné des succès un jour peut rester inefficace le lendemain; il est devenu acide dans les éponges. Cette altération fera sans doute l'objet des recherches des chimistes.

M. Orfila : En demandant la parole dans cette discussion, il est bien entendu que je laisse aux chirurgiens le soin de décider de l'utilité de l'éther pour la pratique des opérations. Je n'aurais pas pris la parole si cette question n'avait pas été soulevée : Y a-t-il ou non ivresse chez les individus soumis à l'action de l'éther ? Dans le système de MM. Jobert et Blandin, ce serait une véritable ivresse ; d'autres sont d'un avis différent. Eh bien! je crois que cette question peut déjà être résolue. Il y a longtemps que j'ai fait des expériences comparatives avec l'éther et l'alcool. Voici le résultat de ces expériences.

Quand on soumet des chiens, des chats et des lapins à l'action de l'alcool, ils s'enivrent comme l'homme et éprouvent à peu près les mêmes symptômes; ce résultat peut être obtenu, soit qu'on injecte de l'alcool dans l'estomac, soit qu'on le fasse pénétrer sous le tissu cellulaire sous-cutané, ou qu'on l'injecte dans les veines, ou qu'on fasse inspirer à l'animal un air fortement chargé de vapeurs alcooliques. L'action de l'alcool est plus intense lorsque cette substance est injectée dans l'estomac que dans les cas où elle est appliquée sur le tissu cellulaire. Il commence par exciter fortement le cerveau; bientôt l'animal tombe dans le coma et dans l'insensibilité, et si l'expérience est assez prolongée, la mort en est le résultat. L'éther essayé comparativement a agi exactement de la même manière que l'alcool et avec plus d'énergie. Je ne doute donc nullement que l'état dans lequel on plonge les malades en leur faisant inspirer de l'éther ne soit une véritable ivresse, et je ne doute pas non plus que le jour où l'on en fera inspirer une quantité considérable on ne détermine la mort.

Quant aux périodes que l'on a assignées à l'action des inspirations d'éther, il y a dans l'ivresse en général, par quelque substance qu'elle soit produite, tant de variétés, que l'on peut très-bien admettre comme exact tout ce qui a été rapporté de part et d'autre. Mais, je le répète, quelque variés que soient ces phénomènes, c'est toujours de l'ivresse. On n'a, pour s'en convaincre, d'ailleurs, qu'à comparer les périodes dont on

vient de parler avec celles de l'ivresse alcoolique que j'ai décrites dans la première édition de mon *Traité de toxicologie*. Voici ce qu'on y lit :

« Le premier degré s'annonce par la rougeur du visage ; les yeux s'animent, le front se déride . la figure s'épanouit et respire une aimable gaieté ; l'esprit est plus libre , plus vif ; les idées sont plus faciles , les soucis disparaissent ; les bons mots, les doux épanchements de l'amitié , de tendres aveux les remplacent ; on parle beaucoup ; on est indiscret ; les propos sont un peu diffus, et déjà l'on commence à bégayer.

« Le second degré de l'ivresse est caractérisé par une joie bruyante , turbulente, par des éclats de rire immodérés, des discours insensés, des chants obscènes, des actions brutales en rapport avec l'idiosyncrasie des individus, par une démarche vacillante, incertaine, analogue à celle des enfants ; par des pleurs stériles, le trouble des sens, la vue double, des yeux hagards , sombres , et des tintements d'oreille ; la langue embarrassée articule à peine les sons ; il y a quelquefois écume à la bouche ; le jugement devient faux, la raison disparaît, rien ne règle plus nos penchants et nos appétits grossiers ; quelquefois un délire furieux succède ; le pouls est plus développé, le battement des artères carotides plus sensible ; la face est rouge, vultueuse ; les veines du cou sont gonflées, la respiration précipitée ; il y a des rapports aigres, des envies de vomir, des vertiges, des chûtes imminentes , puis complètes ; la somnolence et l'état de vertige croissent ; la face devient pâle , cadavéreuse ; les traits sont affaissés ; des vomissements abondants de matières aigres, quelquefois l'excrétion involontaire de l'urine et des matières fécales se manifestent , ainsi qu'une céphalalgie violente , la perte totale des sens ; enfin, un sommeil profond, qui dure plusieurs heures, et pendant lequel la transpiration est très-abondante, amène la terminaison de cet état pénible. Les fonctions reviennent peu à peu à leur état primitif ; la tête est encore douloureuse et pesante ; la langue est chargée, la bouche pâteuse ; il y a soif, et il reste du dégoût pour les aliments et des lassitudes dans tout le corps.

« Le troisième degré de l'ivresse est un état vraiment apoplectique : on observe l'abolition des sens , de l'entendement ; la face est livide ou pâle, la respiration stertoreuse ; l'individu ne peut plus se soutenir ; la bouche est écumeuse ; le coma se déclare , et le sentiment est plus ou moins complétement perdu. Cet état peut durer pendant trois ou quatre jours, et se terminer par la mort. » (*Traité des poisons*, t. II, p. II, p. 61 et *passim*.

— M. Oudet dépose la relation d'un fait d'avulsion de dent auquel M. Roux a fait allusion dans son argumentation.

Il est cinq heures, la séance est levée.

REVUE ANALYTIQUE

DES JOURNAUX ÉTRANGERS.

Journaux allemands, anglais, italiens, etc.

21. *Sur la modification de la voix et de la respiration dans l'épanchement pleurétique ;* par M. J.-B.-S. Jackson.

(The american Journal of the medical Sciences.)

Les remarques du docteur Jackson sont relatives à la respiration bronchique, à la bronchophonie et à l'égophonie, considérées dans leurs rapports avec l'épanchement pleurétique.

Relativement au premier de ces signes stéthoscopiques, l'auteur commence par manifester son étonnement de ce qu'il ait échappé à un observateur aussi habile que Laënnec. Il y aurait de quoi s'étonner en effet ; mais Laënnec n'a pas commis cette faute. M. Jackson s'en assurera facilement en se reportant à la page 320 du tome II de l'*Auscultation médiate* (3e édit.) ; il y trouvera ce passage : « Dans les points où l'égophonie a lieu, on observe *souvent* le phénomène de la *respiration trachéale* ou *bronchique* (c'est-à-dire que le malade semble respirer par le tube du stéthoscope) et celui de la bronchophonie. » On a pu, depuis cette époque, discuter sur les conditions qui amènent la respiration bronchique dans les cas d'hydrothorax, sur le degré de fréquence du phénomène, etc.; mais, en ceci comme en beaucoup d'autres choses, on n'a fait que travailler, avec plus ou moins d'art, sur le canevas fourni par Laënnec lui-même. Voici, du reste, les points successivement traités par M. Jackson.

Quelques auteurs regardent le souffle tubaire comme très-fréquent dans la pleurésie. M. Grisolle, par exemple, croit qu'il a lieu dans la moitié des cas. MM. Barth et Roger ne l'ont rencontré que 9 fois sur 26. Sans entrer dans aucun détail statistique, M. Jackson exprime, comme le résultat général de ses impressions, l'opinion que ces proportions différentes, même celle de M. Grisolle, sont au-dessous de la réalité. C'est là, suivant nous, une question oiseuse. Le fait important est que la respiration bronchique tantôt existe et tantôt manque dans la pleurésie avec épanchement. Ces deux circonstances correspondent nécessairement à des conditions matérielles différentes. Quelles sont ces conditions ? voilà tout ce qui doit préoccuper le savant et le praticien. La fréquence du signe physique ne peut intervenir ici que dans ses rapports avec la fréquence des diverses conditions auxquelles on pourrait vouloir le rattacher, comme instrument de recherche étiologique, c'est-à-dire pour rechercher si, entre la

fréquence des signes et la fréquence d'une condition donnée, la proportion est telle qu'il n'y ait pas contradiction à établir entre les deux faits un rapport de causalité.

Suivant certains auteurs, la respiration bronchique n'a pas le même caractère dans la pleurésie que dans la pneumonie. Dans cette dernière affection, elle serait forte, claire, comme si l'air passait à travers un tube métallique; dans la pleurésie, au contraire, elle serait très-souvent faible, mal dessinée, *non tubaire*, parfois rude ou aiguë, *comme si l'air traversait des tuyaux aplatis* (Barth et Roger). Un homonyme de notre auteur, le docteur James Jackson, professe que, dans l'épanchement pleurétique, la respiration devient quelquefois *égophonique*, c'est-à-dire chevrotante, comme la voix. M. J.-B.-S. Jackson regarde aussi ce caractère comme d'une grande importance. Quand la respiration n'était pas positivement chevrotante, il l'a presque toujours trouvée plus ou moins rude. On admet généralement que cette rudesse n'existe guère que dans les mouvements respiratoires un peu forcés, qu'elle n'a lieu parfois que dans l'inspiration, et enfin qu'elle offre ordinairement le caractère d'un bruit éloigné. M. Jackson contredit ces trois assertions. Il a constaté généralement la rudesse de la respiration chez des malades qui respiraient avec calme; il l'a constatée dans l'inspiration aussi bien que dans l'expiration, et elle lui a toujours paru superficielle. Nous ne savons à quelles circonstances attribuer un tel désaccord avec l'opinion générale; ce désaccord ne nous semble pas, quant à nous, justifié par les données d'une observation rigoureuse. La rudesse, le caractère aigu et plus ou moins tremblotant du bruit respiratoire, dans l'épanchement pleurétique, sont certainement à nos yeux des signes exceptionnels, et il faut, pour les provoquer, brusquer l'entrée de l'air dans les poumons au moyen d'inspirations forcées. Il est également incontestable que l'altération du bruit respiratoire n'est appréciable parfois que pendant l'expiration; il peut, chez le même sujet, se faire entendre soit dans les mouvements d'inspiration et d'expiration, soit dans l'un ou l'autre seulement; quelquefois même, pendant le cours d'une même affection, il peut s'entendre exclusivement, tantôt pendant l'inspiration et tantôt pendant l'expiration.

Quant aux conditions susceptibles d'engendrer la respiration tubaire et ses diverses modifications dans la pleurésie, l'auteur ne fait que rapporter ce qu'en disent les auteurs français les plus récents. Nous sommes fortement de son avis, quand il dit que ces conditions ne sont pas encore bien connues. C'est à les découvrir que doivent surtout s'appliquer les observateurs.

Enfin, sur les modifications de la voix, l'égophonie et la bronchophonie, M. Jackson n'émet pas d'idées nouvelles. Les deux observations fort précises, par lesquelles il termine son travail, prouvent seulement que la respiration tubaire, l'égophonie et la bronchophonie peuvent exister dans des cas de simple épanchement pleurétique, consécutif à une maladie de cœur. C'est ce qui n'est guère contesté, ce nous semble, par les observateurs expérimentés.

---

22. *De la contagion de la fièvre puerpérale* ; par le docteur SAMUEL KNEELAND.

Des rapports entre la fièvre puerpérale et l'érysipèle épidémique ; par le même.

(The american Journal of the medical Sciences.)

Le premier travail, qui a pour base le résumé des principaux faits jusqu'ici publiés pour ou contre ce point de doctrine, plutôt que des observations propres à l'auteur, a pour but d'établir les propositions suivantes :

1° Les personnes, qui séjournent auprès d'une femme atteinte de fièvre puerpérale, s'imprégnent de miasmes susceptibles de communiquer la maladie à une nouvelle accouchée que ces mêmes personnes seraient appelées à visiter. Les médecins et les nourrices, par conséquent, peuvent devenir les véhicules de cette affreuse maladie.

2° L'affection peut être propagée par l'inoculation directe de fluides pris sur une femme infectée, morte ou vivante, par les effluves émanés des parties malades, ou par les miasmes dont s'imprègnent les hardes ou autres effets.

3° Le transport de la maladie des médecins aux accouchées, et l'ordre, suivant lequel les cas se succèdent en temps d'épidémie, montrent que l'épidémie est *l'effet* et non *la cause* de la contagion.

4° Un cas en apparence sporadique peut communiquer la maladie ; un cas médiocre peut engendrer un cas grave, et *vice versâ*.

5° L'immunité dont jouissent certaines personnes ne prouve rien contre la contagion ; elle peut être l'effet d'une inaptitude à contracter, soit permanente, soit temporaire.

6° La rapidité de la propagation démontre que la maladie est contagieuse à son début.

7° En conséquence de ces principes, un médecin ne doit ni mettre la main, ni assister à l'autopsie d'une femme morte de fièvre puerpérale. S'il est forcé de le faire, il doit veiller à se tenir et à tenir ses vêtements dans une extrême propreté. S'il a, dans

ses pratiques, un ou plusieurs cas de fièvre puerpérale, il doit se considérer, suivant l'expression du docteur Holmes, *comme un foyer pestilentiel*, et régler sa conduite en conséquence. Enfin, les personnes qui ont touché des objets salis par les matières de la décharge vaginale, principalement les nourrices, ne doivent pas approcher une nouvelle accouchée. Quand la maladie est déclarée, on doit éloigner immédiatement le médecin ou autres personnes imprégnées du miasme contagieux.

Parmi les principes contenus dans ces différentes propositions, il n'en est qu'un, à notre avis, qui puisse rencontrer une opposition sérieuse : c'est celui de la transmission possible de l'affection par les personnes qui ont séjourné auprès de la malade, ou par les hardes et le linge dont celle-ci a fait usage. Cependant, laissant de côté l'analogie qui serait très-favorable à cette manière de voir, on peut encore trouver dans les faits, dans l'expérience de chaque jour, matière aux plus graves réflexions. En France, en Amérique, en Angleterre surtout, des accoucheurs dignes de confiance assurent que le développement d'une fièvre puerpérale, chez une de leurs malades, devient souvent le signal d'une véritable épidémie *confinée dans leur clientèle*. Si cela est, quel peut donc être l'agent de la transmission, si ce n'est le médecin ? Et si le médecin est l'agent de la transmission, comment peut-il l'être, sinon au moyen de miasmes transportés avec sa personne ? Et pour les conserver et les porter avec lui, ne faut-il pas que ses vêtements en soient imprégnés ? On comprend de suite l'importance d'un fait semblable au double point de vue théorique et pratique. Le fait est-il bien certain ? nous n'oserions l'affirmer de notre propre autorité; mais une foule d'observateurs compétents l'affirment, et une telle déclaration a la plus grande valeur à nos yeux.

C'est, du reste, à tort, suivant nous, qne l'auteur tire de ce fait, en l'admettant comme vrai, la conséquence que l'épidémie est l'effet et non la *cause* de la contagion. Cela peut être vrai pour le cas de propagation de la maladie, par le médecin, dans le cercle de sa clientèle, mais non pour une épidémie réelle sévissant dans une localité. Les émanations miasmatiques, comme agents de contagion, impriment certainement de l'activité à l'épidémie ; mais c'est là une *cause secondaire* qui n'implique en aucune façon l'absence d'une autre cause plus générale et *primitive* susceptible de donner l'impulsion à l'épidémie. Les pestes périodiques de l'Égypte sont bien certainement épidémiques avant d'être contagieuses ; la périodicité seule le prouve. Pourquoi n'en serait-il pas de même de la fièvre puerpérale ?

Dans le second travail, l'auteur s'applique à mettre en lumière une idée sur laquelle MM. Paul Dubois et Trousseau ont particulièrement insisté et que nous rappelions dans un de nos derniers numéros (16 janvier, p. 51), à savoir que la même influence morbide engendre simultanément la fièvre puerpérale et l'érysipèle. Toute la différence consiste dans le lieu où la cause épidémique a porté son action. Cette vue, qui n'a rien de nouveau par elle-même, emprunte un haut degré d'intérêt des nombreux documents et des considérations dont M. Kneeland a su l'entourer.

---

23. *Nouveau remède contre la strangurie;* par M. Gordon.

(The american Journal of the medical Sciences.)

Ce mode de traitement a été d'abord employé avec succès par l'auteur contre la strangurie, qui était un épiphénomène assez fréquent dans une épidémie de métrite qu'il eut occasion d'observer. Il l'a essayé ensuite, et avec le même résultat, dans la rétention d'urine causée, soit par l'inflammation de la vessie, soit par l'absorption des cantharides. M. Perry, accoucheur, exerçant depuis longtemps dans le pays, M. Smith et six ou sept autres médecins estimés de la même localité, en avaient déjà retiré auparavant des avantages aussi marqués. Voici la manière de le préparer et de l'administrer.

Faites tomber 40 à 60 abeilles dans un vase d'eau pour pouvoir les prendre plus commodément. Mettez-les ensuite dans une tasse de thé, et versez dessus un demi-setier d'eau bouillante : couvrez la tasse. Quand l'infusion s'est effectuée pendant vingt minutes, on décante le liquide et on le donne au malade qui doit l'avaler d'un seul trait. La strangurie cesse *très-certainement* (sic) après un laps de temps qui varie de deux à quinze minutes.

Cette idée paraîtra assurément bizarre, et l'on sera assez généralement porté à révoquer en doute les effets attribués à ce singulier remède. L'auteur, cherchant à expliquer son mode d'action, dit que le principe médicateur est probablement ici le venin qui sert à l'abeille pour sa défense et qu'elle dépose dans les piqûres qu'elle fait. Ce virus, que l'insecte sécrète en abondance lorsqu'il est irrité, se reconnaît à l'odeur que l'animal exhale dans ces circonstances. La preuve que c'est bien ce principe qui agit comme antispasmodique contre la strangurie, se trouve dans ces deux faits dont M. Gordon a constaté la réalité : 1° que l'infusion récemment préparée a une odeur et un goût identiques avec l'odeur et le goût d'une abeille qu'on a irritée; c'est aussi quand elle est récente qu'elle a le plus de vertu thérapeutique;

2° que si l'infusion a eu le temps de refroidir, et surtout si on l'a laissée découverte, le goût et l'odeur caractéristiques disparaissent, et elle devient insignifiante comme agent médicamenteux. Il ressort de ces faits une dernière conclusion, c'est que ce virus est très-volatil et doit être préservé soigneusement de l'évaporation.

— Nous ne saurions, faute d'expérience, nous prononcer à présent sur la réalité de ces merveilles, réalité que chacun voudra et pourra si facilement vérifier. Remarquons seulement qu'il serait inconséquent de se refuser, en raison de la singularité de l'agent préconisé, à l'expérimenter sur le malade. Indépendamment même de l'encouragement que donnent à cet égard les faits rapportés par M. Gordon, il faut réfléchir que les considérations *à priori* ne pourraient être invoquées logiquement contre ses assertions; car si l'on trouve dans les cantharides un principe capable d'irriter par absorption l'appareil urinaire, on ne comprend pas pourquoi un autre ordre d'insectes ne pourrait pas fournir aussi une substance jouissant de la propriété d'influencer physiologiquement ce même appareil dans un sens différent.

---

24. *Observation d'apoplexie du cervelet;* par le docteur ADAMS. (Dublin quarterly Journal of med.)

Une demoiselle âgée de 35 ans, très active, et très-bien portante habituellement, éprouvait depuis deux ans une sensation de vague et d'embarras dans la tête. Ses occupations ordinaires, qui consistaient à tenir une école de jeunes enfants pendant plusieurs heures dans la journée, ne contribuaient pas peu à aggraver son état. Il lui était souvent arrivé d'avoir, le soir, la tête si brûlante qu'elle était forcée d'aller se promener dans son jardin sans avoir la tête couverte. Elle s'était aperçue que la mémoire lui faisait souvent défaut, et qu'elle trouvait à peine les mots pour rendre ses idées. Elle était frappée de l'idée de sa mort prochaine. On avait remarqué qu'elle était sujette à s'endormir après son dîner, ou dans le jour, lorsqu'elle n'était pas occupée. Dans la matinée du 13 mars 1844, l'auteur, qui déjà lui avait donné quelques soins, fut appelé auprès d'elle : elle était dans un état d'insensibilité complète et ne pouvait pas avaler; la respiration était stertoreuse et laborieuse; la face pâle; le pouls petit et faible; la peau froide; mais pas de paralysie; quelques mouvements convulsifs dans les membres; les pupilles immobiles, sans être dilatées; il y avait eu quelques vomissements. La malade ne survécut que vingt-quatre heures à ces accidents. — *Autopsie.* Congestion considérable des vaisseaux de la dure-mère,

substance cérébrale fortement piquetée; les artères du cerveau épaissies, jaunâtres en divers points; caillot sanguin volumineux, dans le cervelet, très-près du point où le pont de Varole et les pédoncules cérébraux se joignent supérieurement et latéralement. La déchirure portait sur la partie supérieure de ces pédoncules et la portion voisine du cervelet. On ne put découvrir de rameau artériel auquel on pût rapporter cette hémorrhagie.

---

25. *Observation d'anévrysme disséquant du cœur*; par le docteur Tod.

(London medical Gazette.)

Une femme de 36 ans, menant l'existence la plus crapuleuse, et buvant ordinairement trois ou quatre verres de genièvre par jour, était atteinte, depuis trois mois, d'une difficulté de respirer, qui s'était peu à peu élevée jusqu'à l'orthopnée. A diverses reprises, elle avait craché du sang, et éprouvé des accidents du côté des organes digestifs. Cette femme n'avait jamais eu de rhumatisme, et rien ne pouvait expliquer cette dyspnée, survenue d'une manière si subite, excepté ses habitudes d'intempérance. A son entrée à l'hôpital, la dyspnée était extrême. La malade était constamment assise sur son lit, privée de sommeil, et dans une espèce de délire. La peau était fortement colorée en jaune. Il y avait de l'ascite, et un développement notable du foie, mais sans dilatation des grosses veines abdominales; œdème des extrémités inférieures; pouls faible et bondissant, à 112; langue sèche; un peu de diarrhée; pas de matité anormale à la région précordiale. L'impulsion n'avait rien de particulier. Ce qui attirait surtout l'attention, c'était un bruit de soufflet, fort, mais d'un timbre doux, qui accompagnait la systole, et qu'on percevait très-distinctement à la pointe du cœur. Ce bruit s'entendait également en arrière, au niveau de l'angle de l'omoplate du côté gauche, mais là il était beaucoup plus faible qu'en avant. Il y avait en outre un fort bruit de soufflet à la base du cœur, qui remplaçait le claquement du second bruit. Les urines étaient rares, albumineuses, et chargées de matière colorante de la bile. L'état de cette malade était tellement grave, qu'on ne pouvait songer à aucun traitement actif. Elle succomba quelques jours après.

Autopsie. — Congestion considérable des poumons; dans le lobe moyen du poumon droit, près de la surface, un noyau d'apoplexie pulmonaire, de la grosseur d'une noix ordinaire; dans le même point, la plèvre était tapissée de fausses membranes. Dilatation des deux ventricules du cœur, et légère hypertrophie

du ventricule gauche; la valvule mitrale était épaissie à son bord libre; les valvules aortiques étaient saines; mais il s'était formé, derrière l'une d'elles, une espèce de canal, qui établissait une communication entre le ventricule et l'artère; c'était derrière la valvule postérieure que ce canal était creusé; et ses dimensions étaient telles que l'on pouvait introduire le doigt, du ventricule dans l'aorte, et réciproquement; l'orifice qui s'était formé dans le ventricule était situé à 3 ou 4 lignes au-dessous du point d'attache de la valvule. Cet orifice conduisait non seulement dans le canal dont nous avons parlé, mais encore dans une poche anévrysmale distincte, qui aurait pu loger une noix, et qui faisait saillie dans l'oreillette droite, immédiatement au-dessus du lieu d'insertion de l'une des portions de la valvule tricuspide, mais cependant sans mettre notablement obstacle au passage du sang. Ce sac contenait des caillots lamelleux, qui le remplissaient presque entièrement, et qui mettaient obstacle à un agrandissement plus considérable de cette tumeur. L'ouverture supérieure du canal était entourée de nombreuses plaques de matière opaque, déposée sous la membrane interne de l'aorte; quant à l'anévrysme, il s'était développé immédiatement au-dessus de la portion charnue de la chambre antérieure du ventricule, dans l'intervalle des festons fibreux, qui donnent attache aux valvules semi-lunaires droite et moyenne, dans le point où les parois du cœur ne sont formées que par la membrane interne, soutenue par un peu de tissu aréolaire, qui fait partie des parois de l'oreillette droite, immédiatement au-dessus de la zone fibreuse, qui sépare le ventricule de l'oreillette.

Nous croyons qu'il n'existe dans la science que deux faits qui aient des rapports plus ou moins éloignés avec le fait qui nous occupe. Dans l'un, qui appartient à Beauchêne (*Bulletins de la Faculté*, t. II; 1810), il y avait un anévrysme du volume d'une grosse noix, qui s'ouvrait dans l'aorte, immédiatement au-dessus de la valvule aortique postérieure; le sac anévrysmal était presque entièrement logé *dans l'épaisseur de la cloison interarticulaire*, et se projetait dans la cavité des deux oreillettes, et principalement dans la gauche. Il formait là quatre élévations qui n'avaient pas plus d'un demi-pouce de diamètre. C'étaient autant d'anévrysmes secondaires *dont un présentait une ouverture de* 2 *ou* 3 *lignes de diamètre*. Dans l'autre, qui a été rapporté par le docteur Hanna (*Dublin journal*, t. VII, p. 80), il s'agit d'un anévrysme du volume d'une petite orange qui communiquait avec le sinus aortique gauche, au-dessous de l'artère coronaire, par une ouverture qui n'avait pas plus de 2 ou 3 lignes de diamè-

tre. *Il proéminait fortement dans la partie antérieure et postérieure de la cavité du ventricule gauche*, dont il n'était séparé que par une lame de l'endocarde opaque et fortement épaissie ; mais, comme on le voit, aucun de ces deux faits n'offre une identité parfaite avec celui du docteur Tod. L'anévrysme véritablement *disséquant* du docteur Hanna ne s'était pas encore ouvert dans le ventricule, et celui de Beauchêne, qui communiquait avec les cavités gauches, méritait plutôt le nom de *variqueux* que de *disséquant*, puisque la communication avait lieu entre deux cavités différentes, bien que faisant partie du même système circulatoire. — Relativement aux symptômes qui ont été observés dans ce cas particulier, nous voyons qu'ils ne sont autres que ceux qui appartiennent à l'insuffisance des valvules aortiques, c'est-à-dire un bruit de soufflet double, dont un plus prononcé, remplaçant le second bruit du cœur ; et le pouls bondissant.

---

26. *Observation de perforation de l'estomac au niveau de la petite courbure, ouverte dans un sac anormal formé par des adhérences anciennes de l'épiploon et renfermant l'estomac et le foie ;* par le docteur Stokes.

(Dublin quarterly Journal.)

Un homme de moyen âge, d'un teint jaune et d'une santé habituellement faible, était atteint depuis quatre ans d'une affection de l'estomac, caractérisée par des douleurs de brûlure et des tiraillements. A l'époque où le docteur Stokes fut appelé près de lui, il se plaignait d'une sensibilité générale dans le ventre, mais sans rapporter la douleur à aucun point en particulier. Cependant l'abdomen était très-sensible à la pression à la partie inférieure du côté gauche. Constipation rebelle ; pouls faible. Une saignée et quelques bains avaient amené de l'amélioration, lorsqu'un jour l'auteur trouva le ventre considérablement tuméfié, et comme divisé en deux portions distinctes, séparées l'une de l'autre par un sillon. Ces symptômes continuèrent encore pendant quatorze jours, le malade conservant de l'appétit et mangeant bien ; pendant les derniers jours de son existence, la langue devint sèche et brune. L'abdomen était rétracté au-dessus de l'ombilic. — A l'*autopsie*, on crut d'abord qu'il y avait un double diaphragme ; en effet, des adhérences chroniques et presque ligamenteuses de l'épiploon formaient une cloison, entre laquelle et le diaphragme se trouvaient compris l'estomac et le foie, ainsi qu'une certaine quantité de liquide et de gaz mélangés aux matières. Le foie avait perdu sa forme convexe ; une partie du lobe gauche était concave et couverte de matières sto-

macales. Le pylore était rétréci, mais sans ulcération cancéreuse. La petite courbure présentait une large perforation, par laquelle les matières ingérées s'étaient échappées. Il y avait aussi une ulcération ancienne et à bords circonscrits, dans l'estomac. Les intestins étaient soudés par de la lymphe plastique molle; mais la péritonite était limitée à la cavité que circonscrivaient les adhérences anciennes de l'épiploon, et dans laquelle se trouvaient renfermés l'estomac et le foie.

---

27. *Observation d'ictère produit par une tumeur fongueuse du canal cholédoque; dilatation des canaux biliaires dans le foie*; par le docteur Stokes.

(Dublin quarterly Journal of med.)

Un homme de 68 ans, s'était couché dans un état de santé parfaite, lorsqu'il fut réveillé, dans la nuit, par des démangeaisons très-vives à la peau, démangeaisons qui cédèrent pendant le jour et reparurent la nuit suivante. Le docteur Stokes, qui fut appelé à lui donner des soins, le trouva avec la peau fraîche, le pouls tranquille, et ne se plaignant d'autre chose que de ces démangeaisons. Huit jours après (c'était en janvier 1841), il fut pris tout à coup de jaunisse; au bout de trois semaines, il survint une fièvre intermittente, qui continua, à quelques rémissions près, jusqu'à l'époque de la mort. Cette fièvre survenait sans aucun symptôme précurseur : elle commençait par de la lassitude, des frissons violents, qui duraient une heure, et auxquels succédait de la chaleur, mais pas de sueurs; l'ictère augmentait pendant la fièvre. Ces accès revenaient tantôt tous les deux jours, tantôt tous les quatre jours, sans que ce type tierce ou quarte fût parfaitement déterminé; les matières fécales étaient décolorées. Sous l'influence des mercuriaux et du quinquina, ce malade parut d'abord se rétablir. Il se trouvait à la fin de mai à Londres, lorsque, par suite d'un écart de régime, il fut pris de nouveaux accidents, qui se répétèrent à des époques très-rapprochées. Transporté à Dublin, il y arriva dans un état d'affaiblissement extrême, plus mort que vif. Tous les deux jours, à partir de cette époque, il eut un violent accès. Les matières fécales étaient décolorées, et la constipation si rebelle, qu'il fallut débarrasser artificiellement l'intestin. Cette opération fut suivie d'évacuations liquides, et d'un grand soulagement qui se prolongea pendant plusieurs mois. Il avait engraissé, pris des forces, lorsqu'une mauvaise nouvelle fit se reproduire les accidents : tous les deux jours, le malade avait un accès de fièvre sans transpiration. Pendant l'apyrexie, la langue était nette, l'abdomen indolent, et

l'ictère disparaissait presque entièrement. Cet état se prolongea pendant un an. A cette époque, il survint des accidents du côté des voies urinaires ; puis la fièvre devint continue, et il succomba dans le coma. — *Autopsie.* Le foie n'était pas malade ; il n'en était pas de même de la membrane muqueuse du duodénum, au niveau de l'orifice du conduit, qui était entouré par un fongus irrégulier, ressemblant à une vieille cicatrice. Le canal cholédoque était fortement dilaté, ainsi que la vésicule biliaire, et les canaux hépatiques dans l'épaisseur du foie. Ces derniers formaient plusieurs élévations ou saillies à la surface du foie, distendus qu'ils étaient par la bile.

---

28. *Observation d'abcès du cœur* ; par le docteur T. Howitt.

(The Lancet.)

Le 18 novembre 1833, l'auteur fut appelé auprès d'un jeune garçon de 8 ans, qui se plaignait d'une douleur très-vive et profonde dans le centre du mollet de la jambe droite. Cette douleur avait commencé subitement douze heures auparavant et sans cause connue : il n'y avait ni gonflement, ni rougeur, ni trace d'inflammation, ni contraction spasmodique des muscles ; les douleurs étaient parfois rémittentes; au reste, les autres fonctions étaient en bon état ; seulement le pouls était à 110. On fit une application de sangsues sur le point douloureux, mais sans aucun soulagement. Le 20, la douleur persistait : l'enfant paraissait absorbé, et répondait difficilement aux questions ; le pouls était à 130. Dans la soirée du 21, il tomba dans le coma, et succomba, après quelques convulsions, dans la soirée du 24. — *Autopsie.* L'attention dut d'abord se porter vers le siége de la douleur ; mais on ne put reconnaître aucune altération dans les tissus qui faisaient partie de la jambe ; pas plus dans les os, le périoste ou les nerfs, que dans les vaisseaux ou les muscles. Tous les ganglions mésentériques étaient grandement développés, et quelques-uns des plus volumineux renfermaient de la matière caséiforme ; les vaisseaux mésentériques étaient gorgés de sang noir; le pancréas était induré. Quant aux autres organes abdominaux, ils étaient parfaitement sains. Le péricarde était considérablement distendu; il s'en écoula, à l'incision, une pinte d'un liquide grumeleux et purulent, dans lequel nageaient des flocons caillebotés ; toute la surface interne de la membrane séreuse était tapissée par une couche de matière caséiforme d'un 16e de pouce d'épaisseur. En examinant la surface externe du cœur avec plus d'attention, on découvrit une saillie arrondie, située au point de réunion de l'oreillette et du ventricule droits, au niveau de la-

quelle la coloration était plus foncée ; incisée, cette petite tumeur laissa s'écouler environ une cuillerée de pus de mauvaise nature, mêlé de quelques grumeaux. Ce petit abcès communiquait, par une ouverture étroite et déchiquetée, avec l'oreillette droite, qui renfermait un mélange de pus et de sang ; il ne communiquait pas encore avec la cavité du péricarde. Le poumon était sain. La tête ne fut pas examinée.

---

29. *Observation d'hématémèse causée par la rupture d'une des branches cardiaques de l'artère coronaire de l'estomac* ; par le docteur Sunnan.

(Monthly Journal of medical Science.)

Un tailleur âgé de 27 ans entra à l'hôpital, dans la soirée du 5 novembre dernier, pour des vomissements de sang : il en avait déja vomi deux fois dans la journée ; il rendit encore, après son entrée, un quarteron de sang rouge, mêlé à du mucus, mais sans écume. A dix heures du soir, on le trouva couché sur le côté droit, et presque complétement exsangue ; le pouls et les battements du cœur presque imperceptibles ; la face, le cou et les épaules couverts d'une sueur visqueuse : on lui administra du laudanum, de l'éther chlorique et du camphre ; le lendemain, il était dans un état plus satisfaisant, mais très-affaibli ; les vomissements de sang recommencèrent à deux reprises différentes, et il mourut dans la nuit. — *Autopsie.* Les organes thoraciques étaient parfaitement sains : les deux poumons étaient seulement un peu engoués à leur partie postérieure ; le gros intestin renfermait du sang noir, en partie digéré ; l'intestin grêle était revenu sur lui-même, mais cet intestin, pas plus que l'estomac, ne renfermait la moindre parcelle de sang ; la membrane muqueuse de ce dernier organe était tapissée par un mucus épais, et présentait çà et là de larges plaques couleur chocolat. En examinant avec attention, le docteur Sunnan découvrit un point rouge, qui n'était autre chose qu'un caillot qui cachait l'ouverture par où s'était faite l'hémorrhagie. Cette ouverture, qui aurait pu loger un grain d'avoine, était arrondie, et située à environ un quart de pouce de la terminaison de l'œsophage : elle communiquait avec la branche supérieure de l'artère coronaire stomachique, dans le point où cette branche s'anastomose avec une des artères œsophagiennes. Partout ailleurs la membrane muqueuse paraissait parfaitement saine.

30. *Observation d'une énorme hypertrophie de la rate et du foie coïncidant avec une dilatation de tous les vaisseaux sanguins et une altération particulière du sang*; par le docteur H.-W. FULLER.

(London medical Gazette.)

Un laboureur âgé de 22 ans entra à l'hôpital Saint-Georges le 31 décembre 1845. Depuis le mois de mai dernier, il était atteint de dyspnée et sa santé était devenue languissante. Bientôt il s'aperçut d'une petite tumeur dure, située immédiatement au-dessous des côtes du côté gauche, indolente à la pression, et à laquelle il fit d'abord peu d'attention; mais la tumeur augmenta et avec elle la dyspnée; il s'y joignit une constipation rebelle, du malaise et de l'affaiblissement. Il continua cependant de travailler jusqu'au mois d'octobre, quoique la tumeur eût fait de grands progrès dans l'intervalle et fût devenue douloureuse à la pression, ou par suite d'exercices violents. A son entrée à l'hôpital, il était extrêmement faible et amaigri; son teint était jaune sale, la face altérée, sensation de plénitude et de poids dans le côté gauche de l'abdomen, douleurs dans l'abdomen s'étendant jusqu'à l'épaule gauche et augmentant par la pression, la toux et les mouvements dans le lit; impossibilité de se coucher sur le côté droit; abdomen énormément distendu; les veines des parois abdominales distendues, gorgées de sang; tympanite avec un peu de fluctuation; tumeur dure et volumineuse occupant tout le côté gauche de l'abdomen, s'étendant inférieurement jusque dans la fosse iliaque, faisant fortement saillie à la région épigastrique et se perdant sous les côtes gauches et sous les muscles lombaires; mais on pouvait la suivre par la percussion presque jusqu'au niveau du mamelon; elle était lisse dans toute son étendue, et son bord antérieur comme échancré. (Le malade n'avait jamais eu de fièvres intermittentes.) En outre, il y avait des douleurs dans les membres, de la céphalalgie, des vertiges et des éblouissements, de l'insomnie, de l'anorexie, des nausées et parfois des vomissements; de la soif, de la diarrhée, de la toux; une sensation de constriction à la base de la poitrine; les gencives spongieuses; la peau sèche et rude au toucher, le pouls vite et fréquent; la langue rouge à sa pointe et sur ses bords, sèche, brune et chargée à son centre. Ce malade succomba le 8 janvier, dans un état d'affaiblissement graduel, et après avoir présenté à diverses fois des épistaxis très-abondantes. — *A l'autopsie*, on trouva un peu de sérosité trouble dans la cavité supérieure; tout le côté gauche de l'abdomen occupé par la rate énormément augmentée de volume, et s'étendant depuis le dia-

phragme, qu'elle refoulait en haut, jusqu'à la fosse iliaque gauche; la rate n'avait pas moins de 14 pouces de long, et de 26 pouces de circonférence dans sa partie la plus large, c'est-à-dire dans la fosse iliaque; elle ne pesait pas moins de 5 livres et demie; sa capsule était opaque et épaissie, particulièrement dans sa partie inférieure, où elle avait une apparence cartilagineuse, et au moins 2 lignes d'épaisseur. Incisé, cet organe présentait un aspect très-divers : ici d'une couleur gris-jaunâtre, là d'un rouge-brun foncé, ailleurs d'une couleur de brique pâle, mais partout une grande consistance et sans changement de texture. Les veines et les artères spléniques étaient augmentées de volume; toutes les veines qui constituent le système de la veine-porte étaient énormément dilatées, et remplies de sang à demi coagulé, qui avait quelque rapport avec cette matière qu'on exprime de la rate par la pression. Dilatation des veines épiploïques, qui avaient le diamètre des veines fémorales. Du reste, tous les vaisseaux de l'abdomen étaient fortement dilatés et remplis de sang granuleux. Le foie était fortement augmenté de volume, et descendait jusq'à la crête iliaque du côté droit, et s'étendait transversalement presque jusque dans l'hypochondre gauche, où il avait contracté des adhérences avec l'épiploon ; il offrait l'aspect de cet état connu sous le nom de congestion hépatique veineuse au second degré, mais sans altération de structure. Le colon était fortement épaissi, et la membrane muqueuse, d'une couleur foncée, était parsemée de nombreuses petites ulcérations. Les poumons étaient ramollis et œdémateux à leur partie postérieure. Le cœur flasque et augmenté de volume; ses cavités remplies de sang analogue à celui qu'on avait trouvé dans le reste de l'économie; les artères et les veines de presque tout le corps étaient dilatées et remplies de sang de même nature. Le sang, qui avait été examiné pendant la vie, à trois reprises différentes, fut aussi examiné après la mort · il présentait des altérations semblables. Ainsi, en outre des globules ordinaires du sang, on trouvait un certain nombre de globules anormaux, d'une forme sphérique, finement granulés, décolorés, et ne paraissant avoir ni membrane d'enveloppe ni noyaux. Ces globules avaient des volumes variables : les uns un volume ordinaire, d'autres (et c'était le plus grand nombre) plus volumineux; certains d'entre eux avaient jusqu'à 1/1500 ou 1/2000 de pouce de diamètre; tandis qu'à côté on voyait des globules qui n'avaient qu'un diamètre de 1/4500 de pouce. Ces globules volumineux formaient environ un quart, ou même plus, de tous les globules du sang; ils présentaient une grande ressemblance avec ces globules finement granulés, que

leur présence fréquente dans les points occupés par l'irritation a fait décrire sous le nom de globules inflammatoires composés.

Cette observation vraiment extraordinaire mérite quelques réflexions. Quelle était la nature de cette maladie? Se rattachait-elle par quelques points à l'influence marémateuse? Quelles étaient la cause et la nature de ces énormes dilatations des organes? Cette altération particulière du sang était-elle le résultat ou la cause des lésions locales? Voilà ce qu'il est très-difficile de déterminer; car, d'une part, le malade affirmait n'avoir jamais eu de fièvre intermittente, et, de l'autre, il est nettement prouvé que c'est par la dilatation de la rate que les accidents ont commencé, d'abord limités à cet organe, et plus tard s'étendant aux organes qui ont des rapports importants avec les organes circulatoires. La succession de ces accidents s'explique très-bien par la dilatation du foie et de la rate, et par la gêne de la circulation abdominale; mais la cause et la nature de ces engorgements n'en restent pas moins inconnues.

---

31. *Sur les analogies et les caractères distinctifs des fièvres typhoïdes et typhus fever*; par le docteur Ch. Ritchie, médecin de l'hôpital de Glasgow.

(Monthly Journal of medical Science.)

Nous avons eu occasion, à plusieurs reprises, d'insister sur les différences qui séparent la maladie, connue en France sous le nom de *fièvre typhoïde*, du *typhus fever* d'Angleterre. Nos lecteurs se rappellent le travail publié sur ce point par M. Valleix (*Arch. de méd.*, 3e série, t. VI). Le mémoire du docteur Ritchie offre beaucoup d'intérêt, en ce que l'auteur, familier avec les connaissances scientifiques que l'on possède aujourd'hui sur la fièvre typhoïde, est placé lui-même à la tête d'un grand hôpital de fiévreux en Angleterre, et par suite plus en mesure que tout autre de résoudre la question des analogies et des différences de ces deux maladies. Suivant lui, les analogies sont : 1° les causes prédisposantes qui agissent presque toutes en déprimant les puissances vitales; 2° la facilité avec laquelle ces deux maladies peuvent frapper tous les individus, sans distinction d'âge et de sexe, etc. (1); leur disposition à régner d'une manière épidémique; 3° la ressemblance qu'elles offrent en général dans leurs phénomènes ordinaires; ainsi, la prostration des forces, suivie

(1) C'est sans doute par erreur que l'auteur considère la fièvre typhoïde comme pouvant sévir à tout âge : les recherches de M. Louis ont mis hors de doute que, passé 40 ans, c'est une affection très-rare, et qu'on ne l'observe jamais dans la vieillesse.

de pyrexie et des autres conséquences de l'irritation des systèmes nerveux et organiques; la possibilité de se transmettre par contact ou par foyer; la mortalité nombreuse; enfin les caractères nécroscopiques; 4° l'identité presque parfaite que l'on retrouve entre certains symptômes de ces deux affections, considérés en particulier : ainsi, du côté du système cérébro-spinal, les troubles de la vue, des fonctions affectives ou intellectuelles, etc. ; relativement au système circulatoire, la fréquence et la petitesse du pouls, etc. ; du côté du système respiratoire, la rudesse du murmure vésiculaire, la présence d'un râle sibilant ou sous-crépitant; du côté des organes digestifs, la diarrhée, les douleurs abdominales profondes, la tympanite, etc. ; du côté du système cutané, les éruptions, les sudamina, les vibices, la desquamation de la peau, etc. ; 5° ces deux affections présentent des complications et ont des conséquences qui se rapprochent beaucoup ; ainsi, relativement aux complications, on trouve, du côté du système nerveux, des convulsions ou de la paralysie; du côté des voies respiratoires, l'aphonie, la laryngite, l'œdème de la glotte, la pleurésie et l'emphysème, ou un état qui ressemble à la pneumonie, et qui se termine par suppuration ou par gangrène ; du côté des organes circulatoires, les hémorrhagies pulmonaires, intestinales, nasales, gingivales ou rénales, et les inflammations du péricarde, de l'endocarde ou des veines, du côté des organes digestifs, le hoquet, les vomissements bilieux, la jaunisse; du côté du tissu cellulaire, la suppuration des oreilles, le gonflement des parotides et des autres glandes du cou, etc. ; du côté du tissu fibreux, les inflammations et les épanchements dans les articulations, le ramollissement de la cornée, etc. ; 6° enfin, ces deux maladies se fondent en quelque sorte l'une dans l'autre, et l'on voit des individus qui, échappés aux accidents d'une fièvre typhoïde grave, ont été pris du typhus pendant la convalescence, et réciproquement.

Voici maintenant de quelle manière l'auteur établit la distinction de ces maladies :

1° Sous le point de vue de la cause déterminante, la contagion est la cause principale du typhus, tandis que la fièvre typhoïde succède ordinairement à l'impression du froid. 2° Relativement à l'invasion, le typhus se développe rarement moins de huit jours après l'exposition à l'influence de la cause, tandis que la fièvre typhoïde se développe presque immédiatement. 3° Relativement au mode d'action de la cause déterminante, il est probable que les miasmes du typhus agissent d'abord sur les centres nerveux par l'intermédiaire du système ganglionnaire et du sang, tandis

que, dans la fièvre typhoïde, c'est la moelle épinière et le cerveau qui sont principalement intéressés. 4° L'enchaînement des phénomènes et leur rapport mutuel ne sont pas les mêmes dans le typhus et dans la fièvre typhoïde : dans le typhus, après l'introduction de l'agent toxique, il y a une période d'incubation variable marquée par le trouble de toutes les fonctions, à laquelle succède une période de réaction de sept jours, bientôt suivie d'une troisième période de collapsus, et terminée par la période de convalescence, ou par une complication ; dans la fièvre typhoïde, pas de période d'incubation, mais une irritation du système cérébro-spinal et des intestins, tandis que dans le typhus c'est la dépression des forces qui ouvre la scène ; enfin la fièvre typhoïde peut se prolonger bien au delà des périodes dans lesquelles se renferme le typhus. 5° Les troubles organiques et les symptômes en particulier sont bien différents dans les deux maladies : ainsi, du côté du système cérébro-spinal, on trouve bien, dans les deux cas, des accidents primitifs et secondaires, mais les symptômes primitifs prédominent dans la fièvre typhoïde ; du côté du système circulatoire, il est bien plus commun de trouver dans le typhus des phénomènes de dépression que dans la fièvre typhoïde ; du côté des fonctions respiratoires et des fonctions digestives, les troubles sont bien plus prononcés dans la fièvre typhoïde que dans le typhus; l'amaigrissement survient bien plus rapidement dans la première maladie ; les urines présentent dans le typhus une diminution de densité plus grande que dans la fièvre typhoïde; et, dans cette dernière maladie, la peau sécrète une plus grande quantité d'acide lactique; en outre, les éruptions cutanées sont différentes dans les deux affections : dans le typhus, c'est une efflorescence roséoleuse ou rubéoleuse, des plaques roses qui ne s'élèvent pas au-dessus du niveau de la peau, et dont l'éruption a lieu du troisième au dixième jour ; tandis que, dans la fièvre typhoïde, l'éruption n'est pas constante, se présente sous forme de papules ordinairement peu nombreuses, qui se montrent vers le neuvième ou le dixième jour, par poussées successives ; enfin, dans le typhus, on trouve sur la peau des lignes tout à fait blanches, et les malades exhalent une odeur ammoniacale, tandis que, dans la fièvre typhoïde, c'est une odeur de souris. 6° Il est rare de voir des rechutes dans le typhus ; elles sont extrêmement communes dans la fièvre typhoïde, et caractérisées par des circonstances pathologiques qui appartiennent à la maladie primitive. 7° Rien n'est mieux constaté que la propriété contagieuse du typhus ; cette propriété est bien moins prononcée pour la fièvre typhoïde. 8° Les altérations anatomiques diffèrent notablement :

on peut ouvrir le corps d'individus morts du typhus sans arriver à autre chose qu'à des résultats négatifs : d'autres fois des congestions veineuses, de l'œdème et des ramollissements des tissus, principalement du tissu musculaire, de l'injection et du ramollissement des intestins, de la rate, des bronches, des poumons et des autres organes, du gonflement des follicules isolés ou agminés de l'intestin, avec ou sans destruction des villosités ; çà et là quelques hémorrhagies sous-muqueuses ; autrement dit, rien autre chose que ce qu'on trouve dans la variole, la scarlatine et bien d'autres maladies aiguës ; tandis que dans la fièvre typhoïde, indépendamment des altérations du poumon, du foie et de la rate, qui existent également dans le typhus, on trouve dans le tube digestif les follicules de Brunner et de Peyer considérablement augmentés de volume, enflammés, ramollis, ulcérés, quelquefois même des perforations. Or, la plupart de ces lésions se trouvent souvent dans la fièvre typhoïde à la fin du premier septénaire, tandis que l'on ne trouve jamais rien de pareil dans le typhus, à quelque époque ce soit. 9° Enfin les indications du traitement sont tout à fait contraires dans ces deux maladies : tandis que dans le typhus il faut avant tout soutenir les actions vitales; dans les fièvres typhoïdes, la première indication est de faire cesser l'inflammation des follicules intestinaux et des poumons lorsque cette dernière existe, en même temps qu'il faut combattre l'irritation du système cérébro-spinal et l'altération du sang, qui distingue cette maladie d'une inflammation simple.

---

32. *Sur une épidémie de méningites cérébro-spinales, qui a régné dans les maisons de travail et dans quelques-uns des hôpitaux de Dublin* ; par le docteur Robert Mayne.

(Dublin quarterly Journal of Med.)

On sait que la méningite cérébro-spinale a sévi en France, sous la forme épidémique, pendant les années 1840, 1841, 1842, principalement sur les jeunes conscrits. Cette maladie vient de se montrer en Irlande : elle a paru d'abord pendant les mois de janvier, février et mars, dans la maison de travail de Rathdown ; plus tard, dans une de celles de Dublin ; au mois d'avril et de mai, dans celle de Belfort ; enfin, au commencement de juin, dans l'hôpital de Hardwicke, et dans quelques autres hôpitaux de Dublin. Chose bizarre ! cette maladie a frappé presque exclusivement sur de jeunes garçons au-dessous de 12 ans, et très-rarement sur de jeunes filles. Elle n'a pas paru différer notablement de ce qu'elle était en France. Ainsi, quant aux caractères anatomiques, on a noté que le cerveau et la moelle épinière

étaient constamment le siége d'une inflammation étendue, et que l'arachnoïde spinale avait toujours plus souffert que l'arachnoïde cérébrale. Dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien de l'encéphale, on trouvait déposée de la lymphe plastique jaunâtre ou verdâtre, principalement à la base du cerveau ; exsudation analogue, mais plus abondante dans l'espace sous-arachnoïdien de la colonne vertébrale ; cette infiltration pseudo-membraneuse s'étendait jusqu'aux limites les plus inférieures de la queue de cheval, et tapissait chacun des nerfs spinaux à leur origine. Le cerveau et la moelle épinière ne paraissaient pas avoir participé à l'inflammation, du moins dans l'immense majorité des cas. Les symptômes se sont présentés sous un aspect formidable ; en général, l'invasion était subite, et avait lieu au milieu d'un état de santé bon en apparence ; dans plusieurs cas, la maladie débuta par des douleurs vives dans l'abdomen, immédiatement suivies de vomissements et de déjections. Dans les cas graves, ces symptômes étaient accompagnés d'un collapsus marqué ; les extrémités étaient froides et bleuâtres ; le pouls filiforme, et la maladie paraissait se rapprocher beaucoup du choléra ; au bout de quelques heures, réaction plus ou moins complète ; rigidité des muscles des extrémités et de ceux du cou en particulier, de sorte que la tête était fortement entraînée en arrière, dans une position que les efforts du malade et de ceux qui l'entouraient ne pouvaient changer ; c'était l'aspect du tétanos : convulsion des muscles de la face, affaiblissement des extrémités, peau chaude, pouls plein et fréquent de 120 à 140, soif insatiable, épigastre sensible à la pression, vomissements continuels ; quelquefois les symptômes étaient encore plus graves : c'étaient ou des convulsions générales tellement puissantes qu'il fallait plusieurs personnes pour maintenir le malade, ou un état demi-comateux, avec grognement et grincements de dents, quelquefois avec des cris continuels. En général, vers la fin de la maladie, les malades tombaient dans un coma complet : le pouls était lent et très-faible, impossibilité de parler ou d'avaler, selles involontaires. La mort venait bientôt mettre un terme à tant de souffrances. La marche des accidents était extrêmement rapide : quelques cas se terminaient en quarante-huit heures et même en quinze, le plus grand nombre en quatre jours ; un très-petit nombre de malades vécurent de deux à trois semaines. La détermination des accidents vers la tête ne fut pas toujours fort tranchée, et ce ne fut qu'à une période voisine de la mort qu'ils commençaient à paraître. Dans quelques cas, on nota une exaltation de la sensibilité de la surface cutanée, mais bien souvent il y eut une diminution de la sensibilité tactile.

La gêne de la respiration fut aussi un des symptômes les plus remarquables, ainsi qu'une sensibilité de l'épigastre, avec vomissements continuels, dont il fut impossible de trouver la cause à l'autopsie. Le traitement qui a réussi le plus souvent a été un traitement antiphlogistique énergique, combiné avec l'administration des mercuriaux à l'intérieur et à l'extérieur.

---

33. *De la fièvre intermittente chez les enfants nouveau-nés ;* par le docteur PETZOLD.

(Journal für Kinderkrankheiten.)

M. Petzold a eu l'occasion d'observer plusieurs fois la fièvre intermittente chez les enfants nouveau-nés. Elle lui a présenté des modifications assez caractérisées; et comme on a peu d'occasion d'observer cette maladie, et que par conséquent ces modifications sont peu connues, nous rapportons en l'analysant le travail du médecin allemand.

Symptômes.—Les trois stades de la maladie sont moins marqués que chez l'adulte ; il en est de même de l'apyrexie qui n'est jamais franchie. L'enfant reste toujours triste dans l'intervalle des accès, il a la figure pâle, une expression maladive, les digestions sont pénibles, et le sommeil troublé. La périodicité n'est presque jamais évidente, d'abord à cause des apyrexies incomplètes, puis le début de l'accès est si fréquemment dissimulé par des épiphénomènes dus à une complication, que l'on croit avoir affaire à toute autre maladie qu'à une fièvre intermittente.

Marche de la maladie.—Elle attaque les enfants les plus jeunes, et M. Petzold l'a observée chez des nouveau-nés de deux mois ; ceci n'arrive que lorsqu'il règne une épidémie de fièvre intermittente. L'enfant qui en est atteint devient soudainement très-agité, extrêmement pâle, et prend une physionomie toute particulière. Les yeux sont enfoncés dans leur orbite, les traits de la face prennent quelque chose de dur, de contracté. Les pieds et les mains sont glacés, ils sont convulsivement rétractés ; l'enfant gémit, se tord, puis devient roide ; la face et les extrémités se recouvrent d'une sueur froide et visqueuse. Le pouls est insensible, tellement qu'on croit avoir sous les ynux un enfant agonisant.

Cet état dure de cinq à dix minutes, puis les pieds et les mains commencent à se réchauffer, la face se colore un peu, les gémissements cessent, et les membres s'étendent. La chaleur de la peau augmente graduellement, le pouls se relève, devient dur et plein. C'est la tête surtout qui est le siége d'une grande chaleur ; le front est brûlant; les artères temporales battent avec force; les

fontanelles sont le siége de pulsations très-marquées. Les pupilles sont dilatées, les yeux hagards; l'enfant enfonce fortement sa tête dans les oreillers, et semble privé de connaissance; bientôt il ferme les yeux, et après quelques bâillements s'endort d'un sommeil calme. Alors le pouls devient plus lent et plus mou, la respiration profonde et régulière; des gouttes de sueur commencent à perler sur la face, et rapidement sur toute la surface du corps. Après un sommeil de une à trois heures au plus, l'enfant s'éveille avec une parfaite connaissance et une soif vive. Il se trouve alors beaucoup mieux, mais il n'est pas si frais et dispos qu'avant sa maladie; il est triste, la langue est chargée, les pupilles un peu dilatées; le ventre est un peu tuméfié; l'enfant se frotte les lèvres, se gratte, et il est facile de le croire atteint de la maladie vermineuse. Cet état dure jusqu'au lendemain ou au surlendemain; alors il survient un nouvel accès, et celui-ci se complique facilement de convulsions. Si le médecin ne se souvient pas du premier accès, il méconnaîtra d'autant plus facilement la fièvre intermittente, que cette fois il n'y a pas de frisson, et que chez les enfants le retour des accès anticipe d'une façon très-marquée.

Les accès se répètent donc en anticipant, mais les intermissions deviennent de plus en plus insensibles et courtes. L'enfant reste malade, triste, devient faible, anémique, son ventre se tuméfie, ses glandes se gonflent, et enfin cette fièvre intermittente prend tout à fait l'aspect d'une fièvre rémittente.

Quelquefois la mort arrive dès le premier ou le second accès, à la suite de la violente congestion cérébrale qui a lieu dans le stade de chaleur, et qui paraît se transformer en une véritable méningite. Dans un cas observé par M. Petzold, la maladie ressemblait beaucoup à une attaque de choléra intense; chez un autre malade, les paroxysmes étaient accompagnés d'une abondante épistaxis.

Etiologie. — Il n'y a rien de particulier à noter dans ce chapitre; M. Petzold explique la rareté des fièvres intermittentes chez les enfants, par ce fait que les enfants restent habituellement à la maison, et sont par suite moins exposés aux miasmes paludéens.

Pronostic.—La maladie est d'autant plus grave que l'enfant est plus jeune. Le quatrième et quelquefois même le troisième accès se terminent par des convulsions qui amènent rapidement la mort, et l'on trouve alors des épanchements dans les ventricules cérébraux; souvent il se développe une méningite dont on retrouve tous les caractères. Lorsque la marche de la maladie est

moins aiguë, elle se transforme en fièvre continue rémittente, ou bien elle laisse à sa suite une cachexie chlorotique marquée.

Diagnostic. — Il est le plus souvent assez difficile. Les particularités les plus importantes à considérer sont : 1° l'existence simultanée d'une épidémie de fièvre intermittente chez les adultes ; 2° la forme de l'accès, sa durée, sa terminaison ; 3° l'état de l'enfant avant et après l'accès ; 4° l'absence de toute lésion locale qui expliquerait les souffrances de l'enfant et le retour des accès ; 5° enfin le type même de la maladie.

Traitement. — Dès que la maladie est connue, il faut sans retard recourir au quinquina, lors même qu'on trouverait la langue chargée, de la douleur à l'épigastre, etc. Le meilleur moyen de l'administrer est le suivant : ℞ miel, 45 grammes ; sulfate de quinine, 75 centigr. ; mixture d'acide sulfurique, 4 grammes ; mêlez et donnez à l'enfant toutes les heures ou les deux heures une cuillerée à café. On augmente la dose lorsque l'enfant est plus âgé, et on se comporte du reste pour l'administration de ce médicament comme chez l'adulte.

---

34. *Observation d'hémoptysie dans la pneumonie, chez deux jeunes enfants* ; par le docteur Morris.

(London medical Gazette.)

Au mois de janvier dernier, l'auteur fut appelé à donner ses soins à un enfant de trois mois, qui était affecté, depuis quelques jours, de coliques avec évacuations diarrhéiques fréquentes, soif, chaleur à la peau et état fébrile : des cataplasmes sur le ventre et quelque peu de calomel et d'huile de ricin calmèrent les premiers accidents ; mais il restait toujours un peu de chaleur à la peau et d'état fébrile. Trois jours après, on s'aperçut que la bavette de l'enfant était tachée de sang ; cependant on ne trouvait rien, ni dans la gorge, ni dans les gencives ou la bouche de l'enfant, qui pût expliquer cette hémorrhagie. Le lendemain, nouveau crachement de sang : la poitrine fut examinée avec soin, mais on ne découvrit rien de particulier dans les phénomènes respiratoires ; l'enfant ne toussait même pas. Quelques jours après, l'enfant tomba dans le coma, bientôt suivi de convulsions et de la mort. A l'*autopsie*, on trouva le larynx parfaitement sain, la membrane muqueuse de la trachée et des bronches fortement injectée et épaissie jusque dans leurs quatrième et cinquième divisions, mais sans fausses membranes ou sécrétion anormale ; le lobe inférieur des deux poumons infiltré de sérosité, avec commencement d'hépatisation, surtout du côté droit, où le tissu pulmonaire, d'un rouge vif, commençait à prendre de la consistance. Pas de tu-

bercules dans le tissu pulmonaire. Le cœur était à l'état normal ; le trou ovale n'était pas encore oblitéré. Les viscères abdominaux ne présentaient rien de particulier.

Huit jours après, l'auteur fut appelé auprès du frère jumeau de l'enfant qui avait succombé. Les accidents étaient les mêmes ; l'enfant rendit à plusieurs reprises du sang écumeux ; mais éclairci par les altérations qu'il avait trouvées chez l'autre enfant, il pratiqua de bonne heure la percussion, reconnut de la matité à la partie postérieure du lobe inférieur du poumon droit. Quelques ventouses scarifiées appliquées sur la poitrine, et de petites doses de calomel, firent rapidement justice de ces accidents.

Les observations que nous venons de rapporter sont fort intéressantes en ce qu'elles viennent confirmer un fait déjà annoncé par M. Valleix, et contesté depuis par M. Gerhard et par MM. Rilliet et Barthez, c'est-à-dire la possibilité de l'hémoptysie dans la pneumonie de l'enfance.

---

35. *Observation de revaccination suivie d'accidents graves*; par le docteur Henry Kennedy, de Dublin.

(Dublin quarterly Journal.)

A une époque où non-seulement le public, mais encore les médecins, ne savent encore à quoi s'en tenir sur la valeur véritable de la revaccination, l'observation suivante présente un grand intérêt. On verra qu'une opération, aussi petite en apparence, est susceptible d'être suivie des symptômes les plus alarmants, et que par conséquent on ne saurait l'adopter d'une manière générale, encore moins la regarder comme exempte de tout danger.

Une dame de 20 à 30 ans, d'une santé fort bonne en apparence, fut revaccinée le 23 janvier dernier. L'opération fut faite de la manière ordinaire, de bras à bras, et dans le voisinage d'une très-belle cicatrice vaccinale. Le troisième jour, il y avait un peu de rougeur autour de la piqûre, de l'embarras et un peu de couleur dans l'aisselle. Au quatrième jour, cette dame ne put pas déjeuner ; et dans l'après-midi, elle fut prise d'un violent frisson avec craquement de dents. Ce frisson fut suivi d'une douleur vive dans le dos, avec gêne de la respiration. Bientôt il survint une violente agitation, et la malade changeait à chaque instant de position pour chercher du soulagement. Cependant elle dormit assez bien pendant la nuit ; le lendemain, elle était sans fièvre, mais brisée de fatigue ; la rougeur s'étendait autour de la petite piqûre ; il n'y avait pas encore de vésicule. Le sixième et le septième jour, elle fut assez bien, et l'on com-

mença à distinguer les vésicules. Dans la matinée du huitième jour, la malade s'aperçut que la peau des deux bras, à partir des épaules inclusivement, était d'un rouge vif. Cette coloration avait beaucoup de rapport avec celle que donne la scarlatine ; du reste, on la retrouvait également et par plaques sur tout le corps, principalement sur les membres inférieurs vers les genoux. Il n'y avait ni mal de gorge, ni fièvre ; le pouls à 78, médiocrement fort ; la langue nette ; les vésicules paraissaient se remplir ; l'auréole rouge était fondue dans la coloration générale de la peau. Au bout de cinq à six heures, cette coloration disparut sans laisser aucune trace. La nuit fut mauvaise ; et le jour, la malade se plaignit de douleurs dans plusieurs jointures ; les genoux, les épaules, les poignets, étaient légèrement tuméfiés ; en même temps, on voyait sur les mains, sur les bras, sur la face, des taches rouges de la grandeur d'une pièce de douze sous. Ces taches étaient peu persistantes, très-apparentes en certains moments, presque invisibles en d'autres ; le liquide renfermé dans les vésicules vaccinales avait une couleur brune, comme s'il eût été mêlé à du sang ; sentiment de faiblesse extrême ; des nausées suivies de vomissements, aussitôt que la malade prenait quelque chose. Dans la soirée, ces deux derniers symptômes prirent une grande intensité : elle eut plusieurs faiblesses, pendant lesquelles le pouls devenait presque insensible, et la face d'une pâleur mortelle ; les nausées étaient incessantes, et le malade vomit à plusieurs fois un liquide noirâtre. Cependant, à l'exception de la soif, on ne retrouvait pas les symptômes de la fièvre : la peau était moite, et le pouls, extrêmement faible, ne battait que 80 fois par minute. La nuit fut encore très-mauvaise, et la malade fut constamment éveillée par la violence des douleurs qui occupaient les deux bras dans toute leur étendue, et lui interdisaient tout mouvement. Le dixième jour, il y avait encore des taches rouges sur la peau, mais en outre de gros boutons sur plusieurs points du corps. A la place de la pustule vaccinale, on trouvait une véritable eschare. Les faiblesses se reproduisirent de nouveau dans la journée avec un caractère très-alarmant. Le onzième jour, les douleurs dans le bras et dans le dos étaient encore très-vives ; nausées sans vomissement ; les faiblesses étaient moins fréquentes ; le pouls à 78 pulsations. Encore des douleurs le douzième jour ; et, chose singulière, le pouls monta ce jour-là à 90 pulsations. L'endroit occupé par la pustule vaccinale avait tout à fait l'aspect d'un cautère sur lequel on aurait mis un cataplasme depuis plusieurs jours ; cependant les accidents étaient moins graves. Le treizième jour, le pouls était encore à 90, mais

un peu plus fort. On apercevait encore sur la peau quelques traces d'éruption ; depuis vingt-quatre heures, il n'y avait pas eu de faiblesse. Le quatorzième jour, il y eut beaucoup de fièvre ; le pouls monta à 96, et à 120 dans la soirée ; douleurs encore très-vives dans la partie postérieure du tronc. Le quinzième jour, le pouls était à 104 ; les douleurs du dos moindres : elles étaient remplacées par une douleur très-vive à la région épigastrique, douleur qui rendait la respiration très-courte ; la petite eschare commençait à se détacher. Sans entrer dans plus de détails, nous dirons que le dix-septième jour, le pouls était encore à 100, et que la malade conserva jusqu'au vingt et unième de vives douleurs dans les bras. Peu à peu cependant la fièvre tomba, les douleurs diminuèrent, l'eschare se détacha ; et au bout de deux mois, la malade entra en convalescence. Cinq ou six jours après qu'elle eût commencé à quitter le lit, elle fut prise d'une phlébite du membre inférieur, qui, heureusement, n'eut pas de suites fâcheuses. Le membre correspondant est cependant resté plus faible qu'à l'ordinaire.

Il n'est pas rare, après la vaccination, de voir survenir des éruptions de diverses espèces : ainsi, la varicelle, l'érysipèle, et même le purpura. Mais jusqu'à ce jour, on ne connaissait aucun exemple d'accidents aussi graves survenus après la revaccination : la formation d'une eschare, l'intensité des douleurs, les vomissements noirs, les nausées incessantes, les faiblesses continuelles; en voilà plus qu'il n'en faut pour admettre que l'économie avait été profondément influencée par l'introduction du vaccin. Ces symptômes ont dû certainement faire concevoir des craintes sérieuses pour la vie de cette dame. En conclurons-nous cependant que la revaccination doit être rejetée d'une manière absolue? Non sans doute ; il y a des cas malheureux pour toutes les opérations, même les plus légères. Ne voit-on pas, chez quelques individus prédisposés, une saignée être suivie d'accidents mortels? A-t-on renoncé pour cela à la saignée? Il résulte cependant de ce qui précède que tous les efforts de la science doivent tendre vers la connaissance de la valeur réelle de la revaccination. S'il était prouvé, en effet, comme l'a soutenu en ces derniers temps M. Testel, que l'on pût reconnaître les pustules vaccinales qui ne préservent pas d'une manière définitive de celles qui préservent ; ou s'il était démontré, comme le pensent quelques personnes, que la revaccination n'ajoute aucune chance nouvelle de préservation, il faudrait la réserver pour des cas exceptionnels, ou bien la rayer entièrement du nombre des opérations usuelles,

et ne pas faire courir inutilement des dangers à des sujets qui n'en doivent retirer aucun avantage.

---

36. *Sur l'efficacité et le mode d'administration de l'atropine et de la belladone* ; par le docteur W.-R. Wilde.

(Dublin quarterly Journal.)

On sait que les recherches de Brandes ont fait reconnaître dans la belladone un principe actif particulier qui a reçu le nom d'*atropine*, et qui depuis a été isolé à l'état de pureté par MM. Meire et Seines. Ce principe a été employé dans ces derniers temps avec succès par feu Bérard, qui lui a reconnu plusieurs avantages sur l'extrait de belladone : d'abord la rapidité extrême avec laquelle il agit pour dilater la pupille, puisqu'il suffit pour cela de 5 à 6 centigrammes d'*atropine* dans 20 gram. d'eau distillée ; ensuite (et cette considération, qui a peu d'importance dans un hôpital, en a au contraire une très-grande dans la pratique civile) parce qu'on n'est pas forcé de recourir à ces onctions de couleur noire, qui sont une sorte de masque, et pour lesquelles certains malades, les femmes en particulier, ont la plus grande répulsion. Les expériences du docteur Wilde sont également favorables à l'emploi de l'*atropine*. Ce médecin emploie trois solutions différentes, contenant chacune 5, 10, 15 centigrammes d'atropine pour 4 grammes d'eau distillée, et 3 gouttes d'esprit de vin. On y ajoute ordinairement une goutte d'acide nitrique étendu d'eau, afin de rendre la solution plus complète et la liqueur transparente. Une seule goutte de la liqueur n° 1, placée sur la conjonctive de la paupière inférieure, chez un homme sain, ne détermine ni douleur, ni irritation, et amène, après cinq ou quinze minutes, une dilatation de la pupille double, et même davantage, de ce qu'elle est naturellement. Cette dilatation dure, terme moyen, de quatre à cinq jours. A cette époque, la pupille commence à se contracter ; mais elle n'a pas repris tous ses mouvements avant le sixième ou le septième jour. Les solutions n° 2 et 3 ont une action encore plus énergique et plus prolongée sur l'iris. Cette action peut s'étendre jusqu'au septième ou au dixième jour. Il suit de là que toutes les fois qu'on veut maintenir la pupille dans un état de dilatation permanente, comme dans l'iritis et dans la capsulite, détruire des adhérences récentes de l'iris au cristalin, ou chercher à réduire l'iris, hernié à travers une plaie ou une ulcération de la cornée ; que dans tous les cas de cataracte centrale, ou lorsqu'une portion du bord pupillaire de l'iris adhère à la partie postérieure de la cornée ; bref, dans tous les cas où l'on veut déterminer une dila-

tation permanente ou complète de l'iris, c'est à la solution de l'*atropine* qu'il faut avoir recours. Cependant l'*atropine* perd un peu de son influence lorsqu'il y a une violente conjonctivite, ou même une inflammation plus profonde, accompagnée de larmoiement. C'est surtout lorsqu'il y a hernie de l'iris à travers la portion centrale de la cornée, sans grande irritabilité ou sans photophobie, que l'*atropine* donne les meilleurs résultats. Dans ces cas, l'auteur applique à la fois la solution d'atropine sur la conjonctive, et en outre il fait des frictions avec l'extrait de belladone: L'œil est maintenu fermé, et le malade soumis à un traitement antiphlogistique très-énergique ; et après trente-six ou quarante-huit heures, on reconnaît, en examinant l'œil, que l'iris s'est retiré de la plaie, que la cornée s'est cicatrisée, et que la pupille est extrêmement dilatée. L'atropine, au surplus, ne doit pas être employée toutes les fois que l'on veut obtenir seulement une dilatation qui ne dure que quelques heures. Ainsi, dans l'opération de la cataracte par abaissement, ou dans la kératonyxis, cette dilatation pourrait exposer à faire passer le cristalin ou les débris de cette lentille dans la chambre antérieure. Dans les cas de photophobie qui suivent la cataracte, et les autres opérations que l'on pratique sur l'œil, lorsque cet accident a résisté à l'application extérieure de la belladone ou d'une forte solution d'atropine, on obtient les meilleurs effets de l'extrait de belladone administré à l'intérieur, à la dose d'un seizème de grain, trois ou cinq fois par jour. Après quatre, six ou quarante-huit heures, il n'y a plus ni douleur ni photophobie, et la dilatation de la pupille est complète. Les affections névralgiques de l'œil cèdent aussi comme par enchantement à l'usage intérieur de la belladone, administrée à la dose d'un seizième à un sixième de grain, trois fois par jour.

---

37. *Sur l'emploi de l'essence de térébenthine à haute dose dans le traitement du purpura hæmorrhagica;* par le docteur J. Moore Neligan.

(Dublin Journal.)

L'auteur a été conduit à employer l'essence de térébenthine dans le traitement du *purpura hæmorrhagica*, d'une part, par les résultats remarquables que le docteur Harty avait obtenus de l'usage répété des purgatifs dans cette maladie (*Edinb. med. and surg. Journal*, t. IX), et de l'autre par les insuccès qu'avait eus entre ses mains la médication ordinaire du purpura, c'est-à-dire l'emploi d'un régime tonique, d'une alimentation substantielle, du quinquina et des acides. En effet, dans le printemps

de 1840, il a rencontré 8 cas de purpura hæmorrhagica de la forme la plus grave, chez des individus dont la constitution était profondément détériorée : dans les deux premiers cas, il a employé les toniques, mais il n'a eu aucun succès ; dans le troisième, il a eu recours aux purgatifs, mais la maladie était tellement avancée que le malade ne tarda pas à succomber ; dans le quatrième cas, au contraire, cette méthode fut couronnée d'un plein succès. Dans ces circonstances, il songea qu'on obtiendrait peut-être des résultats plus favorable de l'emploi à haute dose de l'essence de térébenthine, qui joint à des propriétés éminemment purgatives une action antihémorrhagique. Cette tentative réussit parfaitement. L'auteur a employé l'essence de térébenthine en potions et en lavements. La dose qu'il a donnée est de 1 once à 1 once 1/2 pour les adultes, et de 2 drachmes à une 1/2 once chez les enfants. Il combine ordinairement ce moyen avec l'huile de ricin, afin d'assurer l'action purgative. La lecture des quatre observations qui terminent ce travail nous a convaincus de la rapidité avec laquelle s'opère la résolution de la maladie. Mais au reste, cette résolution a toujours été en raison directe des effets purgatifs du médicament. D'où il suit que l'essence de térébenthine ne possède pas des propriétés particulières qui doivent la faire préférer aux autres purgatifs, d'autant plus que ce médicament est très-difficilement supporté par l'estomac à doses élevées. Il n'en est pas moins vrai que la résolution du *purpura* s'est opérée d'une manière très-rapide dans ces cas et dans un intervalle qui a varié entre cinq et douze jours.

---

38. *Sur l'emploi des préparations d'iode;* par le docteur Mojs'sicovics.

(Dublin quarterly Journal.)

Du choix des préparations d'iode. — Les inconvénients et même les accidents consécutifs à l'administration de l'iode ont peut-être encore besoin d'être examinés plus attentivement. En tant que ces conséquences fâcheuses soient réelles, l'auteur croit qu'elles ne surviennent qu'après l'emploi d'une seule, préparation la *teinture d'iode*. Cette teinture s'administre ordinairement en gouttes dans de l'eau ; mais celle-ci se décompose rapidement, et l'iode précipité détermine, dans l'estomac, les mêmes symptômes locaux d'irritation qu'on voit se déclarer après que l'iode a été pris à l'état pur. Les effets de cette teinture sont d'ailleurs très-variables : une préparation récente n'est qu'une combinaison d'iode avec l'alcool ; en peu de temps elle se transforme en éther iodique, comme l'a démontré Liebig ; le nouveau composé, ré-

sultat de cette transformation, acquiert une volatilité très-grande. Ce médicament doit donc être complétement rejeté.

Formes sous lesquelles les préparations iodées doivent être administrées. — Pour que les préparations d'iode réussissent, il est nécessaire qu'elles arrivent dans l'estomac sans avoir subi aucune décomposition, et dans un état de dissolution complète ; il faut qu'elles ne soient pas précipitées de leur dissolution par quelque réaction qui viendrait à se passer dans ce réservoir. Il n'est donc pas permis d'administrer l'iode sous une autre forme que la dissolution aqueuse ; on doit aussi s'abstenir de le prescrire en pilules, en bols. D'un autre côté, la dissolution aqueuse de l'iode avec l'iodure de potassium n'admet aucune addition, aucun correctif. Le sucre et le sirop décomposent en partie la dissolution par leurs parties mucilagineuses ; l'iode précipité reste alors fixé à quelque point de l'arrière-bouche ou de l'œsophage, et détermine une sensation désagréable, ce qui donne aux malades de la répugnance pour ce mode de traitement.

L'iode précipité n'est plus repris par l'absorption, mais il s'attache à la muqueuse de l'estomac ou des intestins, et provoque des nausées, des vomissements, et quelquefois même des évacuations alvines fréquentes. L'analyse chimique fait retrouver dans les matières rendues l'iode, qui nécessairement alors ne peut plus exercer aucune action salutaire.

L'emploi du deuto-iodure de mercure est aussi à rejeter ; ce composé est tout à fait insoluble dans l'eau distillée ; il adhère dans un repli quelconque du tube intestinal, et y détermine une irritation assez intense. L'habitude où l'on est d'affaiblir ses propriétés irritantes en y ajoutant un mucilage ne doit pas être suivie : par cette addition on détermine une décomposition du deuto-iodure de mercure. Cette dernière remarque s'applique également au proto-iodure de mercure.

Nécessité absolue d'un régime particulier. — Les préparations iodées augmentent l'appétit ; les individus soumis à ce mode de traitement seront donc nourris plus abondamment qu'on ne le fait dans les autres méthodes.

Durant plusieurs années, le docteur Mojs'sicovics ne suivait pour le choix du régime aucune règle particulière ; seulement, suivant la nature des aliments dont les malades faisaient usage, il obtenait des résultats thérapeutiques différents, dont il croit avoir trouvé la cause dans le fait suivant :

On sait que les substances amylacées précipitent l'iode, et que, hors de l'organisme, elles n'exercent aucune action sur l'iodure de potassium : nous disons hors de l'organisme, parce que des ma-

lades qui prenaient chaque jour à l'intérieur un scrupule (1 gram., 30 cent.) d'iodure de potassium, et 1 grain (0,05 centigr.) d'iode, et qui usaient d'aliments farineux, rendaient dans leurs selles presque toute la quantité d'iode administré ; dans les matières fécales on retrouvait 15 grains (0,75 centig.) d'iodure de potassium. Ce fait porta l'auteur à ne permettre à quelques malades aucun aliment qui pût contenir de l'amidon, et à les soumettre à un régime exclusivement composé de viande et de légumes verts. Les excréments des individus ainsi nourris ne renfermaient plus d'iode, ou seulement quelques légères traces. En même temps, chez eux, l'amélioration était rapide, tandis que chez ceux qui faisaient usage de féculents, les progrès vers la guérison étaient tardifs ou même nuls.

Cette différence dans les résultats s'explique en ce que, l'amidon contenu dans les substances alimentaires farineuses venant à précipiter l'iode de sa dissolution, celui-ci est ainsi entraîné hors du tube intestinal, avant qu'il ait eu le temps d'être absorbé.

A vrai dire, d'autres praticiens, et le docteur Mojs'sicovics lui-même, ont obtenu des guérisons, quoiqu'en laissant à leurs malades la faculté de se nourrir de farineux. Cela s'explique : si les sujets sont soumis à des doses considérables du médicament, une certaine partie de ce dernier est toujours absorbée, et principalement la partie administrée le matin, par exemple, à jeun, au moment où l'estomac est vide ; cette portion ne se trouve en contact avec aucun aliment, elle doit donc produire un effet thérapeutique. Toutefois, dans ces cas, le traitement est très-long ; on ne voit survenir aucun exanthème, aucune crise (ce qui est d'une grande valeur pour l'auteur) : on n'a aucune certitude d'avoir obtenu une guérison solide et durable.

Un médicament que nous croyons inconnu en France, mais qui paraît assez employé en Allemagne, est l'*amylum iodatum;* il s'obtient en triturant cinq parties d'iode dans une petite quantité d'alcool pur, en y ajoutant quatre-vingt-quinze parties d'amidon fin, et en faisant sécher le tout à une douce chaleur. L'emploi de cette préparationsemble, au premier abord, contredire les opinions de l'auteur,relativement au régime féculent, puisqu'oon a obtenu de très-bons résultats de son emploi. Mais les chimistes les plus distingués pensent que, dans l'amidon iodé, l'iode n'estprobablement pas à l'état pur mais bien à à l'état d'oxyde.

Voici, du reste, l'alimentation à laquelle il soumet ses malades : à déjeuner, du lait pur, ou mêlé à une infusion de thé vert ou

le tilleul ; au gré du malade, un bouillon ou du café au lait. Il préfère le thé, en raison de ses propriétés diaphorétiques. A dîner, un bouillon ou un potage ; en été surtout, des soupes aux herbes, du bœuf bien cuit, et des légumes verts ou du rôti. On peut, quand l'appétit est considérable, permettre des fruits cuits. Point de pain : si les individus ne peuvent s'en passer, on le remplace par une espèce de petit biscuit, non sucré, très-dur. Alors le dîner ne doit avoir lieu que trois heures après la dernière prise de médicament, de sorte que celui-ci est déjà absorbé. Comme boisson, de l'eau ; cependant si la faiblesse des sujets l'exige, on accordera une petite quantité d'un vin généreux ; on le donnera quelque temps après le repas. Le malade doit manger de manière à calmer son appétit. S'il est doué d'un estomac exigeant, pour souper on lui permettra du thé au lait, une soupe, et même du rôti avec des fruits cuits. Chez les enfants et chez les sujets très-faibles, le lait doit composer principalement la nourriture.

Il est peu de médicaments qui pénètrent dans toute l'économie aussi rapidement que l'iodure de potassium. Un chimiste, le docteur Heller, retrouva déjà de l'iode, en petite quantité, dans l'urine d'un malade qui, deux heures auparavant, avait pris pour la première fois 6 grains 1/3 (0,316 gramm.) d'iodure de potassium. Un autre chimiste a constaté également la présence de l'iode, au bout de vingt-quatre heures, dans le cérumen de l'oreille et dans le linge imbibé de sueur.

---

39. *De l'efficacité du turbith minéral dans certaines maladies ;* par le docteur Hubbard, de Hallowell (Etats-Unis).

(The Amer. Journal of the med. Sc.)

Le turbith minéral (sous-deuto-sulfate de mercure) paraît avoir été employé autrefois, comme émétique et diaphorétique ; mais il est tombé dans un oubli tellement complet à cet égard, que la plupart des ouvrages contemporains l'ont passé sous silence. M. Hubbard en appelle de ce jugement immérité ; et, en effet, si l'on en juge par les résultats de sa pratique, non-seulement le turbith minéral serait un excellent émétique, mais il aurait, par-dessus tous les autres, cette propriété spéciale de faire vomir sans avoir d'effet purgatif ; et, à ce titre, il constituerait véritablement un précieux agent thérapeutique.

En effet, il est important, dans certaines maladies, telles que le croup, la scarlatine angineuse, etc., de déterminer des vomissements énergiques et répétés ; or, dans quelques cas graves, l'estomac est insensible à l'action des émétiques : et, si l'on en force la dose, on produit, presqu'à coup sûr, une action purga-

tive, qui empêche le vomissement d'être aussi complet et de produire l'effet désiré.

Donnez à un malade de l'émétique, de l'ipécacuanha, du sulfate de zinc, etc., vous n'êtes jamais complétement certain de ne pas le purger, et peut-être même d'avoir une superpurgation. On aurait, au contraire, cette certitude avec le turbith minéral. L'auteur rapporte en exemple l'observation suivante :

Obs. — « Je fus appelé, dans la nuit du 5 février 1845, auprès de miss C..., âgée de 12 ans. Elle éprouvait, depuis trois nuits, des symptômes alarmants, qui s'étaient reproduits d'une manière intermittente, à peu près à la même heure, mais dont l'intensité augmentait à chaque accès nouveau ; pendant le jour, tout se bornait à une légère toux croupale, la respiration n'étant point sensiblement gênée.

« Je la trouvai donc, cette nuit-là, ayant la respiration accélérée, laborieuse et sifflante ; la poitrine soulevée par des sanglots convulsifs, le visage livide, les yeux hagards, en proie à une agitation extrême ; le pouls était filiforme, tremblotant, trop accéléré pour pouvoir être compté ; les extrémités glacées : en un mot, la malade paraissait à l'agonie. Je fis immédiatement appliquer de forts rubéfiants sur toute la surface du corps, des sinapismes le long de la colonne vertébrale et aux extrémités, et des couvertures chaudes sur les membres inférieurs. Aussitôt que la malade fut en état d'avaler, car la déglutition était d'abord presque impossible, je lui administrai, en une seule dose, *cinq grains de turbith minéral*, accompagnés de l'usage abondant de petit lait aiguisé de moutarde (*mustard whey*) ; aucun effet vomitif n'étant survenu, je lui donnai, un quart d'heure après, une seconde dose de *cinq grains de turbith*; immédiatement les vomissements commencèrent, et continuèrent pendant plus d'une heure. Pendant l'administration du vomitif, et même encore plusieurs heures de suite, je fis prendre en abondance une décoction de *polygala seneka*, en qualité de stimulant diaphorétique. Dès les premiers vomissements, la respiration commença à se rétablir, et, au bout de quatre heures, elle était comparativement bonne ; la peau était redevenue moite et chaude, et le pouls avait repris de la régularité.

« Je mis alors la malade à l'usage de la poudre suivante :

℞ Poudre d'ipécacuanha composée :		
Proto-chlorure de mercure. . .	ââ ℈j	1 gr. 30 c.
Camphre pulvérisé.	gr. xij	60 c.

A diviser en six paquets ; un toutes les quatre heures.

Pour boisson, la décoction de *seneka*, à prendre fréquemment.

Lavement évacuant au bout de vingt-quatre heures.

« Le vomitif ne purgea point. Il n'y eut aucun nouvel accès de dyspnée. Au bout de quarante-huit heures, je pus cesser mes visites, la malade se trouvant rétablie. »

L'auteur déclare, d'ailleurs, avoir obtenu les mêmes bons résultats du turbith minéral dans des angines de diverses espèces ; et jamais il n'a eu à se repentir d'en avoir fait usage.

Quelques mots encore sur la vertu vomitive spéciale de ce remède, et sur quelques objections que l'on a élevées contre son emploi :

1° Aucun autre agent ne produit le vomissement d'une manière aussi sûre et aussi prompte. Quelles que soient les conditions de l'estomac, ou de l'ensemble du système, l'effet vomitif ne manque jamais, quand le turbith est donné à dose convenable.

2° L'action a lieu habituellement au bout de dix à quinze minutes : si la première dose échoue, on doit la répéter de dix en quinze minutes.

3° Le turbith ne produit peut-être pas un effet révulsif tout à fait aussi puissant que le tartre stibié ; mais il dépasse en efficacité, soit l'ipécacuanha, soit tout autre émétique succédané.

4° Son effet est beaucoup plus sûr que celui des antimoniaux.

5° Il fait vomir pendant une heure, ou même une heure et demie, sans occasionner ces nausées et ce malaise, qui plongent dans la prostration les malades soumis à l'action du tartre stibié ; au contraire, le malade éprouve une sorte de sentiment de force, qui résulte du rétablissement de la chaleur et de la circulation.

6° Jamais, dans la pratique de M. Hubbard, le turbith n'a donné lieu à un effet cathartique, soit pendant, soit après son administration.

7° Les effets n'en ont jamais été violents, malgré les doses considérables auxquelles il a été quelquefois administré ; il ne provoque jamais la salivation.

« Je considère ce médicament, dit M. Hubbard, comme tellement incapable de nuire, que, dans les cas pressants, je n'hésite pas à renouveler les vomissements, par son moyen, deux ou trois fois dans les vingt-quatre heures. Pour un enfant de deux ans, on peut en donner de deux à trois grains à la fois, et répéter cette dose toutes les dix ou quinze minutes, jusqu'à la production des vomissements. Si la première dose manque son effet, la seconde agit généralement dès qu'elle atteint les parois de l'estomac. »

40. *Influence bienfaisante de la musique dans un cas de catalepsie*; par le docteur Bloodgood.

(The Amer. Journal of the med. Sc.)

L'observation suivante dont rien ne nous oblige de suspecter l'authenticité, nous paraît assez intéressante pour en présenter une courte analyse.

« Appelé le 5 septembre 1843, pour voir une jeune fille de 17 ans, d'une taille peu élevée et douée d'embonpoint, je trouve la figure congestionnée et dans un état de catalepsie complet. Le pouls était peu accéléré ; la langue était blanche, et on disait qu'il y avait un peu de constipation. Les muscles des paupières étaient affectés aussi bien que les autres muscles volontaires, avec cette singularité cependant que, quand les paupières étaient baissées, un léger attouchement prolongé sur l'une d'elles les faisait s'ouvrir à la fois largement, et elles restaient dans cet état jusqu'à ce qu'une nouvelle impulsion sur la paupière opposée les fît baisser simultanément ; mais lorsqu'on les baissait à moitié par exemple, ou aux trois quarts, elles retombaient aussitôt que le doigt avait été enlevé. La malade était en ce moment sous l'influence de ses règles, dont l'apparition avait été précédée d'une forte céphalalgie. On prescrivit des ventouses aux tempes, un vésicatoire sur l'épine, des sinapismes aux extrémités, des applications refrigérantes à la tête, et une mixture de jalap et de crême de tartre que la malade prit la nuit, mais involontairement.

« Le lendemain, la malade était dans le même état. Ayant appris qu'elle aimait extraordinairement à danser à la musique du violon, on lui fit entendre un de ses airs favoris qui opéra immédiatement un changement prodigieux. Sa respiration devint rapide et profonde ; et, pendant quelques instants, elle sembla faire les mouvements d'une personne, qui, liée de tous ses membres, chercherait à se débarrasser ; puis elle retomba dans le repos, à l'exception des doigts de la main droite, dont les mouvements correspondaient exactement à ceux que faisait le musicien de la main gauche ; quand la musique cessa, elle ouvrit les yeux, but une grande quantité d'eau qu'on lui offrit, bien qu'elle semblât ne pouvoir faire le moindre mouvement. Une répétition du même air lui rendit à la fois la conscience et la volonté. Bientôt elle se rétablit, ses menstrues revinrent, et même elle se maria.

« Le 23 mars 1845, je fus appelé de nouveau pour une semblable attaque qui persistait depuis cinq jours sans qu'on eût encore réclamé le secours d'aucun médecin. Les paroxysmes of-

fraient alors tous les caractères de ceux d'hystérie, commençant par des convulsions effrayantes; mais sous l'influence des sons du violon qu'on employa continuellement pendant le jour et la nuit, elle passait en quelques instants à l'état cataleptique, puis revenait à elle-même pour retomber aussitôt que la musique cessait. La saignée, les ventouses, avec les vésicatoires et les cataplasmes, mirent un terme à cette série d'accès qui ne se sont plus reproduits.

L'effet de la musique dans ce cas a été fort remarquable. Les crises étaient toujours calmées par elle, et n'ont pu l'être sans elle; mais son effet n'était que temporaire, et les moyens évacuants seuls mettaient aux accès un terme définitif, tandis que seuls ils ne pouvaient suffire pour calmer un paroxysme.

---

41. *Embryotomie et nouvelle méthode de version dans un cas d'accouchement*; par M. Pluskal.

(Œsterreichische medicinische Wochenschrift.)

Une paysanne de très-bonne santé, qui avait déjà eu deux enfants, devint enceinte une troisième fois, et fut prise à Noël des premières douleurs; elle ne fit appeler ni médecin, ni sage-femme, et se confia aux soins d'une vieille voisine. Comme, après quatorze heures, l'accouchement ne marchait pas, on fit venir un médecin. Celui-ci trouva la main droite de l'enfant bleue et tuméfiée, pendante hors des parties génitales. Il fit de vains efforts pour introduire sa main dans la matrice et pratiquer la version. Après s'être bien assuré de la mort du fœtus, il résolut de pratiquer la désarticulation du bras; l'opération fut faite facilement et heureusement; mais des douleurs qui survinrent mirent un obstacle insurmontable à ce qu'il pût changer en rien la position de l'enfant. C'est alors que M. Pluskal fut mandé : examinant la femme, il trouva que l'épaule droite de l'enfant avec la plaie jusqu'au cou, et une partie de la poitrine étaient engagées et maintenues immobiles à l'entrée du bassin; la tête était dans la fosse iliaque gauche de la mère, et le siége dans la fosse iliaque droite. Comme les douleurs étaient très fortes et continues, et que la matrice était fortement appliquée contre l'enfant, il parut inutile et impossible à M. Pluskal de tenter la version par les pieds, c'est pourquoi il résolut de recourir à une autre manœuvre. Il enfonça un perforateur entre les deux côtes qu'il atteignit le plus facilement, élargit la plaie, et avec la main il enleva tous les viscères contenus dans la poitrine; alors il enfonça une de ses mains dans l'intérieur du thorax, et pressant fortement sur celui-ci, en le dirigeant en haut et à gauche, il parvint, au bout

d'un quart d'heure, à soulever la tête et à faire descendre le siége à l'entrée du bassin : sous l'influence des douleurs qui n'avaient pas cessé : celui-ci fut rapidement expulsé, et la tête enfin arriva au détroit. Il fallut extraire celle-ci avec le forceps. La délivrance se fit très-facilement et sans perte de sang. La matrice se contracta bien, et les suites de couches n'offrirent rien de particulier.

Ce nouveau mode de version est ingénieux et se rapproche assez de la version spontanée, à la différence pourtant que dans celle-ci la marche de l'accouchement est plus lente. Il ne sera guère applicable que dans les cas analogues à celui que nous venons de rapporter, et comme ces cas sont assez rares, cette opération ne peut guère rentrer que dans ces manœuvres exceptionnelles que la sagacité du praticien lui inspire dans les circonstances extraordinaires. M. Pluskal pense cependant qu'une opération de ce genre pourrait être applicable sans *exentération* préalable de l'enfant, et même sur le vivant. Il pense qu'au moyen d'un instrument qu'il propose, on pourrait arriver à ce but. Cet instrument, suivant lui, pourrait être formé d'une tige très-forte en acier, qui s'élargirait à une de ses extrémités et se terminerait en croissant ; il devrait être fait de façon à pouvoir embrasser non-seulement l'épaule, mais une partie du thorax et de la région de l'omoplate. L'idée, sans contredit, est ingénieuse ; mais reste l'application, et dans l'espèce, elle ne nous paraît ni commode, ni facile.

---

42. *Observation d'apoplexie utéro-placentaire qui a nécessité la provocation de l'accouchement prématuré ;* par le docteur Edwards, de Brompton.

(The Lancet.)

Une dame de 28 ans, mère de trois enfants, était parvenue au sixième mois de sa grossesse vers le commencement du mois de mai dernier, sans autre accident que quelques vomissements bilieux et quelques accidents cérébraux. Le 25 du même mois, elle fut prise de douleurs sur le trajet du nerf facial du côté droit. Ces douleurs durèrent quelques heures, et furent remplacées par des nausées et des vomissements, d'abord muqueux, puis bilieux. Lorsque l'auteur de cette observation fut appelé auprès de la malade, on avait déjà employé des traitements très-divers. Elle était fort épuisée, en proie à une fièvre très-vive ; la langue sèche ; vomissements muqueux toutes les dix minutes ; sentiment d'insensibilité et de pesanteur dans tout le côté droit du corps, avec tendance à la congestion cérébrale. Ces accidents persistant

encore le 3 juin, l'auteur commença à songer à provoquer le travail de l'accouchement, comme le seul moyen de sauver la malade ; et le 4 il y procéda, en rompant les membranes. Il s'écoula 1 ou 2 onces de liquide amniotique ; et le museau de tanche acquit bientôt le diamètre d'un schelling. Cependant le travail ne marchant pas, et les forces s'épuisant notablement, l'auteur, après avoir pris l'avis du docteur Lee, se décida à terminer l'accouchement d'une manière artificielle : il introduisit, à plusieurs reprises, la main dans le col de l'utérus, sans qu'il survînt de véritables contractions utérines. Alors, dans la soirée du 5 juin, les douleurs commencèrent à se déclarer, mais toujours très-faibles, et accompagnées d'une hémorrhagie abondante. Malgré tous ces accidents, la malade accoucha d'un fœtus de six mois, qui ne vécut que quelques minutes. L'accouchement fut suivi d'une prostration extrême et d'accidents spasmodiques, qui purent faire craindre pour la vie de la mère, et qui cédèrent merveilleusement à l'usage des toniques. En détachant le placenta, on le trouva d'un volume très-considérable, fortement congestionné, et entraînant avec lui un caillot fibrineux, qui avait plus du volume des deux poings, et qui datait au moins de quelques jours. Malgré des accidents aussi graves, cette dame se rétablit très-bien.

---

43. *Observation d'abcès de l'ovaire ouvert spontanément à l'extérieur ; sortie d'une mèche de cheveux, etc.* ; par le docteur MONTGOMERY, professeur d'accouchements au Collége des médecins d'Irlande.

(Dublin quarterly Journal.)

Dans cette observation, il s'agit d'une jeune fille, domestique dans la campagne, qui vit tout d'un coup ses règles se suspendre, dans des circonstances qui pouvaient lui faire craindre une grossesse. Quelques mois après, elle s'aperçut d'une tumeur dans la fosse iliaque droite, tumeur qui augmenta graduellement de volume, et qui vint faire saillie un peu à droite de l'ombilic, où elle ne tarda pas à s'ouvrir. Au mois du juin 1843, le docteur Montgomery la vit pour la première fois. A cette époque, on voyait sortir, par l'ouverture, une mèche de cheveux, dont les adhérences étaient extrêmement intimes, et sur laquelle on ne pouvait exercer de traction sans provoquer des hémorrhagies. De temps en temps, il s'échappait un liquide fétide et des masses de cheveux par l'ouverture fistuleuse. Cependant au mois de mars ou d'avril 1844, elle retourna dans son pays, conservant toujours cette mèche de cheveux en dehors de l'abdomen. Quelque temps après les règles reparurent ; la santé générale semblait s'amé-

liorer ; et quand elle revint à Dublin, au mois de décembre 1844, elle rapporta avec elle la mèche de cheveux, qui s'était détachée, et qui avait entraîné une masse de la consistance du cuir, renfermant dans son intérieur un noyau osseux, à l'extrémité duquel se trouvait quelque chose qu'on aurait pu prendre pour une portion de dent. Quelques jours après, en examinant l'abdomen avec la main, on reconnut les mouvements du fœtus : la malade était enceinte ; elle accoucha quelque temps après.

---

44. *Observations de maladie du cerveau consécutive à la ligature de la carotide primitive*; par le docteur JOHN P. VINCENT.

(London méd.-chir. Transactions.)

OBS. I. — Un homme de 48 ans entra à l'hôpital Saint-Barthélemi au mois de juillet 1829, pour une tumeur anévrysmale qui s'était formée depuis huit mois au-dessus de l'oreille droite, et qui avait considérablement augmenté depuis une quinzaine de jours : elle avait alors le volume d'une petite orange. Le 18 juillet, l'auteur lia la carotide primitive. Cette ligature fit cesser immédiatement les battements de la tumeur et la rendit flasque. Le malade n'en éprouva aucun accident ; et même au moment où on le remit dans son lit, il se trouva beaucoup mieux qu'au commencement de l'opération, débarrassé qu'il était de cette douleur vive qu'il avait dans la tête. Trente-six heures après, on s'aperçut qu'il y avait des mouvements convulsifs dans le côté droit du corps ; puis le malade tomba dans la stupeur : la bouche était déviée à droite ; le pouls lent et embarrassé. On lui tira 30 onces de sang ; alors il reprit connaissance, et recommença à répondre aux questions. Cependant l'engourdissement dans le côté droit du corps continua ; et le malade se plaignait de douleur dans le côté droit de la tête. Le côté gauche continuait à être paralysé. La mort survint graduellement le 24. A l'*autopsie*, on trouva les veines du côté gauche du cerveau beaucoup plus distendues que celles du côté droit, et un peu d'injection dans la substance cérébrale du même côté. Du côté droit, il y avait un ramollissement crémeux, dont l'auteur ne fixe ni le siége ni l'étendue ; un peu de sérosité dans le ventricule. Nulle part d'hémorrhagie ; le cervelet sain, les parois de l'aorte infiltrées de matière athéromateuse.

OBS. II. — Un homme de 28 ans entra à l'hôpital Saint-Barthélemi le 9 avril 1845, pour une chute qu'il avait faite, et dans laquelle le tuyau de la pipe qu'il avait à la bouche avait pénétré dans la partie latérale de la base de la langue, au devant de l'amygdale du côté droit. Le malade disait qu'il était resté une portion de la pipe dans la plaie. L'hémorrhagie qui avait eu lieu

au moment de l'accident cessa graduellement ; et lorsqu'il entra à l'hôpital, on découvrit une plaie de la base de la langue déchiquetée, dans laquelle on pouvait faire pénétrer un stylet jusqu'à la profondeur de 3/4 de pouce, dans une direction oblique de haut en bas, et d'avant en arrière. On ne découvrit aucun corps étranger. Les parties voisines de la plaie, et surtout l'amygdale, étaient fortement gonflées. Aussi y avait-il de la tuméfaction à l'extérieur, au niveau de l'angle de la mâchoire. La voix était enrouée. Le malade se plaignait d'une vive douleur, qui augmentait lorsqu'il voulait ouvrir la bouche ou faire effort pour avaler. Pendant les cinq premiers jours, il n'y eut que de la douleur et un gonflement qui s'étendait jusqu'à la clavicule, et qui mettait presque entièrement obstacle au mouvement du cou et à la déglutition. La langue était couverte d'un enduit pâteux. La salive, très-épaisse, répandait une odeur fétide ; le pouls était petit et faible. Dans la soirée du cinquième jour, la respiration devint difficile et embarrassée. En pressant la langue, on fit sortir par la plaie 2 drachmes de pus. Ces accidents cédèrent à quelques fomentations et à des opiacés. Le 16 au matin, le malade, qui avait parfaitement dormi, fut pris tout à coup d'une hémorrhagie très-abondante (24 onces de sang), dont on réussit cependant à se rendre maître par la compression. Mais craignant la reproduction de cette hémorrhagie, l'auteur se décida à lier l'artère carotide primitive. Cette ligature présenta de nombreuses difficultés, à cause de l'état de gonflement et de ramollissement des parties, et de l'épanchement sanguin et purulent, qui non seulement rendait les tissus méconnaissables, mais encore avait altéré leurs relations respectives. Aussitôt que la ligature fut pratiquée, les battements que l'on avait sentis à la partie supérieure du cou disparurent. On remarqua pendant l'opération que le malade avait fait de violents efforts avec le côté droit du corps, mais qu'il ne s'était pas servi des extrémités gauches. La nuit suivante, il ne dormit pas, et il y eut de fréquentes convulsions dans le côté droit du corps. Le lendemain, le pouls, qui était à 132 la veille, était tombé à 88 ; encore des convulsions dans le côté droit, et paralysie du côté gauche, dysphagie. Le 18, paralysie de la face du côté gauche ; le pouls à 115. Dans la nuit, pendant un accès de toux, il y eut une hémorrhagie artérielle par la bouche et par les fosses nasales ; la plaie du cou rendit aussi une petite quantité de sang. Cette hémorrhagie, par laquelle le malade avait tout au plus perdu 1 once de sang, produisit un affaiblissement extrême ; et ce fut à grand'peine que l'on parvint à réchauffer la jambe gauche refroidie. La mort eut lieu le 21 dans

la nuit, après une hémorrhagie. — *Autopsie.* La plaie du cou présentait un aspect gangréneux ; les tissus voisins étaient infiltrés de sanie , de pus et de sang épanché. Au niveau de la bifurcation de la carotide, du côté droit, on trouva un caillot volumineux et solide , au centre duquel se trouvait l'extrémité de la pipe qui avait pénétré dans la plaie au moment de l'accident. L'artère liée ne présentait rien de particulier , de même que la veine jugulaire. L'arachnoïde était un peu opaque, et le tissu cellulaire sous-jacent infiltré de sérosité; les circonvolutions cérébrales du côté droit aplaties et ramollies. On trouva dans le cerveau plusieurs cavités irrégulières , remplies d'une matière de couleur cendrée, mélangée à des particules d'un jaune verdâtre. Une de ces cavités, qui était creusée en partie dans le corps strié du même côté, avait 2 pouces de diamètre ; une autre renfermait du pus presque pur. On comprend que si , au moment de l'accident, on eût reconnu la position du corps étranger , et que l'on fût parvenu à l'extraire, la mort eût été immédiate, puisque c'est là la cause qui a déterminé l'oblitération de la plaie artérielle.

---

45. *Observation d'excision complète de l'urètre pratiquée avec succès chez une femme , pour une tumeur fongueuse de ce canal*; obs. par le professeur Riberi , de Turin.

(Giorn. delle Scien. med. di Torino.)

Une dame de 58 ans , d'un tempérament lymphatico-nerveux , et d'une constitution frêle , était sujette , depuis l'âge de 11 ans, à un écoulement sanguin par les parties génitales , et depuis l'âge de 17 ans , à des flueurs blanches très-abondantes ; dès l'âge de 11 ans, elle avait également été affectée d'une petite tumeur du méat urinaire, douloureuse au toucher ; tumeur qui augmenta peu à peu de volume , mais qui cessa de croître à partir de l'établissement de la menstruation. Mariée à 27 ans , elle n'eut qu'une couche fort difficile. Le coït était douloureux ; elle éprouvait un sentiment désagréable de plénitude vers les parties génitales externes , des besoins fréquents d'uriner et d'aller à la garde-robe , même de l'ischurie. Ces accidents avaient beaucoup augmenté depuis la cessation des règles , à l'âge de 48 ans. Un médecin qui fut appelé pour la sonder reconnut la présence de la tumeur , et conseilla d'en pratiquer l'excision. Ce fut alors qu'elle eut recours au professeur Riberi. Cette dame était en proie à un amaigrissement extrême , à une fièvre continue , avec rougeur de la langue , et soif vive. L'urètre , qui se développait anormalement entre les grandes lèvres, donnait lieu à une excroissance

morbide, charnue, dure, rougeâtre, du volume d'une aveline, qui était embrassée par le méat urinaire, et allait s'insérer profondément dans le canal. Cette tumeur rendait difficile l'expulsion de l'urine et l'introduction du cathéter. L'urètre participait lui-même à cette dégénérescence. La tumeur était le siége de douleurs lancinantes ; elle comprenait le corps caverneux du clitoris et une partie des nymphes. Le vagin fournissait un écoulement fétide. Il n'y avait évidemment dans ce cas d'autre ressource que l'excision de la partie malade : aussi fut-elle pratiquée, le 2 juin, de la manière suivante : la patiente fut couchée sur le bord du lit, les cuisses tenues écartées par des aides. L'opérateur isola la tumeur à droite et à gauche, au moyen de deux incisions, pratiquées de dedans en dehors, et s'étendant des parties latérales du col de la vessie jusque sur les côtés du méat urinaire. Le moment le plus dangereux et le plus difficile de cette opération fut celui où la tumeur, après avoir été détachée à l'extérieur, ne tenait plus qu'au col de la vessie, à cause de l'hémorrhagie qui empêchait de voir les tissus sur lesquels on faisait agir l'instrument. Cependant le docteur Riberi réussit à détacher l'urètre près du col de la vessie ; ensuite, il introduisit un cathéter dans cette cavité et tamponna le vagin pour s'opposer à l'hémorrhagie. La portion de l'urètre qui fut excisée avait 13 lignes de longueur, ce qui équivaut presque à dire que ce canal fut excisé en totalité. Toute la muqueuse était hypertrophiée, squirrheuse et adhérente à la paroi supérieure du vagin. Grâce au traitement énergique, la réaction ne fut pas trop vive. Le 12, on enleva le cathéter et la charpie qui avait servi à tamponner. Pendant les vingt premiers jours, l'écoulement de l'urine était involontaire : peu à peu il cessa de l'être ; les parois du vagin se rapprochèrent ; il se forma un nouveau canal de l'urètre, avec un nouveau méat urinaire. La malade guérit parfaitement.

Il résulte de cette observation que l'on peut exciser presque tout l'urètre chez la femme sans de très-grands inconvénients. Mieux éclairé, voici le procédé que le professeur Riberi conseille de mettre en usage en pareil cas :

La femme étant placée sur le bord de son lit, et appuyée sur ses coudes et sur ses genoux, l'opérateur saisit l'urètre avec un crochet, l'isole par deux incisions parallèles, pratiquées de dehors en dedans, avec un bistouri droit ; puis, avec le même bistouri tenu d'une main, et guidé par la main du côté opposé, il détache l'urètre de ses connexions avec l'arcade du pubis, les branches de l'ischion, et les parties molles environnantes ; de sorte qu'il pend dans le vagin, et qu'il ne tient plus qu'au col de

la vessie. Alors il introduit dans la vessie un cathéter métallique, qui présente un sillon sur une de ses faces ; et faisant courir le bistouri droit dans ce sillon, il divise l'urètre dans toute sa longueur jusqu'aux dernières limites du mal ; abandonnant le cathéter à un aide, en lui recommandant de le maintenir solidement dans la vessie, il saisit d'une main l'urètre malade, le tire à lui, reconnaît les limites de l'altération ; puis avec un bistouri et des ciseaux courbes, il coupe ce canal dans le voisinage du col ; enfin il pratique immédiatement le tamponnement du vagin.

---

46. *Sur les plaies du cou dans le cas de suicide;* par le docteur A.-M. Mac Winnie, professeur d'anatomie à l'hôpital Saint-Barthélemi.

(The Lancet.)

L'auteur a rassemblé un certain nombre d'observations de ce genre fort intéressantes, et il a présenté à ce sujet quelques considérations qui nous paraissent mériter d'être reproduites ici.

Les plaies du cou qui sont faites dans le but du suicide peuvent être divisées en trois groupes : 1° celles dans lesquelles il n'y a d'intéressé que la peau, les muscles et les vaisseaux superficiels : ce sont les plus communes ; 2° celles dans lesquelles il y a solution de continuité de la gorge, du pharynx, du larynx, de la trachée ou de l'œsophage ; 3° celles dans lesquelles des vaisseaux d'un certain volume ou toute autre partie ont été intéressés : ce sont les plus rares.

Les plaies superficielles ne réclament, en général, d'autre traitement que celui qu'on emploie dans le cas de plaies des autres parties du corps : la veine jugulaire externe ou les autres veines superficielles fournissent rarement une hémorrhagie inquiétante, ainsi que les artères superficielles : il est cependant des cas où on est forcé de placer des ligatures sur divers vaisseaux ; ces ligatures deviennent tout à fait indispensables lorsque des artères, telles que la thyroïdienne, la linguale ou la faciale, ont été ouvertes. L'auteur rapporte à ce sujet une observation de mort à la suite de l'ouverture de l'artère linguale seule.

C'est une opinion assez généralement répandue dans les classes inférieures, qu'une plaie du cou, même superficielle, devient mortelle lorsqu'on a ouvert le conduit aérien : aussi voit-on le plus souvent ceux qui veulent attenter à leur vie porter l'instrument tranchant sur la ligne médiane, et transversalement sur presque tous les points compris entre le menton et le sternum : de là vient que les vaisseaux les plus importants échappent souvent à l'action de l'instrument. Tantôt les cartilages du larynx

sont divisés ; tantôt les anneaux de la trachée, ou même l'os hyoïde ; dans certains cas, même, on voit quelques-uns des cartilages, et surtout le cartilage thyroïde, criblés d'incisions ; plus souvent cependant, l'instrument pénètre dans les espaces intermembraneux qui séparent les diverses portions du tube aérien. Les plaies qui sont faites au-dessus de l'os hyoïde n'offrent en général aucun danger, à moins que l'artère linguale n'ait été ouverte, même lorsque la base de la langue a été entièrement coupée. Il n'en est pas de même de celles qui intéressent les parties placées au-dessous de l'os hyoïde : ainsi, dans une observation (obs. 2), l'instrument avait pénétré entre l'os hyoïde et le cartilage thyroïde qui était brisé en plusieurs fragments. Plusieurs branches de l'artère thyroïdienne avaient été intéressées, l'épiglotte détachée complétement, et la glotte mise à nu ; ce qui entraîna des accès de toux continuels, une violente irritation de ces parties, et enfin la mort. Dans l'observation 3, la mort eut lieu par suite d'un œdème de la glotte et de la membrane muqueuse des parties voisines. Dans l'observation, 4, la plaie occupait la partie inférieure du larynx, et la mort fut produite par le travail même employé par la nature, c'est-à-dire par les bourgeons charnus exubérants qui, en se dirigeant à l'intérieur, avaient notablement rétréci le canal aérien. L'observation 5 est un exemple de la fureur qui peut animer la main d'un suicide : le rasoir dont cet homme s'était servi pour se couper la gorge avait divisé : en avant, une portion du muscle sterno-mastoïdien du côté gauche, la veine jugulaire externe gauche, le muscle thyro-hyoïdien ; en arrière, la totalité des muscles extenseurs, les artères occipitales, les ligaments occipito-atloïdiens et axoïdiens, les enveloppes de la moelle, et même un point peu étendu de la moelle épinière, dans l'intervalle de l'atlas et de l'axis. Les altérations pathologiques les plus communes, lorsque les suicidés ne succombent pas immédiatement à leurs blessures, consistent dans l'épaississement, la suppuration et le ramollissement des différents tissus au voisinage de la blessure : tout le tissu cellulaire intermusculaire du cou peut être infiltré de pus, et cette infiltration se prolonger jusque dans le médiastin antérieur. Les cartilages se nécrosent assez souvent, surtout quand ils étaient déjà ossifiés ; l'inflammation peut se prolonger de la trachée et des bronches au tissu pulmonaire : le cerveau et ses membranes sont souvent fortement congestionnés.

Les plaies qui intéressent le pharynx, le larynx et la trachée, réclament avant tout la ligature des vaisseaux qui peuvent avoir été ouverts : quant aux sutures, l'auteur n'en est partisan que

dans les plaies superficielles, ou dans les plaies profondes, lorsque les tuyaux aériens font hernie ; car les sutures ont l'inconvénient de n'être jamais suivies de réunion par première intention, et de renfermer le pus dans l'intérieur au lieu de lui permettre une libre issue au dehors. Les débris de cartilage doivent être enlevés avec soin, de même que l'épiglotte, si elle a été détachée entièrement : le malade doit être pansé simplement, maintenu dans le repos, la tête soulevée par des oreillers, et surveillé avec soin, de crainte qu'il n'attente de nouveau à ses jours.

Relativement à la gravité de ces plaies, l'auteur établit que celles qui sont superficielles sont le plus souvent sans danger. Quant aux plaies profondes, leur danger est en rapport avec leur plus ou moins grand voisinage de la glotte ; celles qui pénètrent à travers le plancher de la bouche ou celles qui divisent le larynx au-dessous de la glotte, c'est-à-dire au niveau de la partie inférieure du cartilage thyroïde, ou entre ce cartilage et le cartilage thyroïde, de même que toutes les plaies de la trachée, se terminent d'une manière favorable ; mais, au contraire, on doit porter un pronostic fâcheux sur les plaies qui intéressent la membrane thyro-hyoïdienne, le centre ou la partie supérieure du cartilage thyroïde, enfin la glotte elle-même. Ces dernières plaies guérissent très-rarement ; et lorsqu'elles guérissent, le malade est, pendant un certain temps encore, sous le coup d'une asphyxie.

---

47. *Observation de fissures congéniales du cou chez l'enfant et chez l'adulte* ; par le professeur Allen Thompson.

(Northern Journal, *et* London med. Gaz.)

Dans une des dernières séances de la Société médico-chirurgicale d'Edimbourg, le docteur Thompson a lu une notice sur trois cas de fissures congéniales des parties latérales du cou, fissures du même genre que celles qui ont été décrites par le docteur Aschersohn, de Berlin, dans sa dissertation inaugurale, publiée en 1832. Le docteur Thompson a tracé d'abord l'histoire des résultats généraux fournis par les onze observations d'Aschersohn, et des explications que cet auteur, et après lui les embryologistes en général, ont données de cette étrange altération, en la rattachant à la persistance anormale d'une ou de plusieurs des fentes bronchiales, qui ont été découvertes chez l'embryon vertébré, par Rathke, en 1825. Le docteur Thompson a fait connaître ensuite les trois faits qu'il a eu occasiou d'observer. Le premier est relatif à un jeune homme de 14 ans, qui habite Edimbourg, et qui offre l'exemple d'une fissure du côté droit du cou. L'ouverture exté-

rieure de cette fissure est située au niveau de la peau qui recouvre le bord antérieur du muscle sterno-mastoïdien, et à moitié chemin de l'espace compris entre la mâchoire et la clavicule. Avec un stylet ordinaire, on pénètre par la fissure jusqu'à un demi-pouce de profondeur ; mais avec un stylet plus fin, on peut pénétrer, sans beaucoup d'efforts, jusqu'à une profondeur de 2 pouces ; et cela de bas en haut, au-dessous de la peau du muscle sterno-mastoïdien, et de l'aponévrose, en se dirigeant vers le pharynx ou vers la grande corne de l'os hyoïde. Il y a quatre ans, le stylet pénétrait beaucoup plus profondément, à 2 pouces et demi. A cette époque, et pendant une de ces explorations, ce jeune homme rapporte qu'il sentit pénétrer quelque chose dans la gorge. Au reste, en toute circonstance, ces explorations sont suivies de violents accès de toux ; ce qui conduit à penser, ainsi qu'Aschersohn l'avait cru, que ces fissures ont des rapports avec le pharynx. Il faut mentionner aussi que, lorsqu'on soulève la peau avec les doigts, au niveau de l'ouverture extérieure, on sent une espèce de cordon, dans la direction de laquelle s'engage le stylet, et que, lorsque ce jeune homme avale, la peau qui entoure l'ouverture extérieure est légèrement froncée et portée en haut. L'ouverture extérieure est souvent fermée par une croûte ou une simple écaille ; mais d'autres fois, il en sort un peu de liquide glaireux ; et en pressant sur le trajet de la fissure, on peut parfois en exprimer un long filament gélatineux. Cette ouverture a été reconnue dans les premières semaines de l'existence de ce jeune homme ; et dans un intervalle de quatre ans, qui s'est écoulé entre les premières et les dernières observations du docteur Thompson, elle n'a présenté aucun changement d'aspect. Le sujet de la seconde observation est un homme de 26 ans, chez lequel l'ouverture extérieure occupait la place que les observations d'Aschersohn ont appris être la plus commune, c'est-à-dire l'espace compris entre les attaches sternale et claviculaire du muscle sterno mastoïdien, à un demi-pouce environ au-dessus de la clavicule. Cette ouverture avait tout à fait le même aspect que dans le cas précédent ; mais le stylet ne pouvait pénétrer à plus d'un pouce et demi de bas en haut. Le docteur Gairdner, dans l'intention de débarrasser le malade de cette infirmité, a ouvert tout le sinus, dans le courant du mois dernier, en coupant la peau, le muscle sterno-mastoïdien et l'aponévrose, afin de faire d'abord cicatriser la plaie dans sa partie la plus profonde ; cependant la guérison n'était pas encore complète à l'époque où ce fait a été communiqué à la Société. Il est à remarquer que, dans aucun des cas précédents, rien ne pouvait faire supposer une

tendance héréditaire à ce vice de conformation : aucun des parents de ces individus n'avait présenté rien de pareil. Le troisième cas, qui a été observé par Duncan, il y a quelques années, a les plus grands rapports avec le précédent ; cependant il offrait un assez grand intérêt, en ce sens que c'était la première fois que l'on voyait une fissure, bornée à un côté du cou, ayant son siége du côté gauche. En effet, dans trois faits d'Aschersohn, ce vice de conformation était double ; tandis que, dans les huit autres, ainsi que dans les deux qui viennent d'être rapportés, la fissure existait du côté droit du cou.

---

48. *Observation de destruction d'une grande partie du cerveau à la suite d'une plaie par arme à feu, n'ayant entraîné la mort que plus d'un mois après* ; par le docteur Forman.

(American Journal of Med.)

Dans cette observation, il s'agit d'un homme qui, pendant qu'il était à la chasse, avait reçu dans la tête la charge de son fusil ; cet homme ne succomba que trente-sept jours après. Pendant ce temps, on avait noté une paralysie incomplète du côté droit du corps, portant seulement sur la motilité, avec perte de la parole, et cependant conservation parfaite de l'intelligence ; car, depuis le onzième jour de la blessure jusqu'à deux ou trois jours avant la mort, il avait parfaitement reconnu ses amis, établi des préférences entre ceux qui le soignaient, et tenté de tracer avec la main gauche des caractères destinés à représenter sa pensée. Il était d'abord tombé dans le coma; mais bientôt il avait pu prononcer quelques mots vers le cinquième jour, et c'était seulement à partir du huitième qu'il lui avait été impossible de rien articuler. — *A l'autopsie*, on trouva la dure-mère détachée dans une grande étendue de la surface interne du crâne, un épanchement purulent considérable au-dessous des téguments de la tête ; la substance cérébrale détruite dans une grande étendue, au niveau de la plaie ; deux sinus qui se dirigeaient, l'un en avant, l'autre en arrière, et qui chacun contenaient des grains de plomb ; le lobe postérieur du cerveau du côté gauche était presque entièrement détruit, ou converti en une substance amorphe infiltrée de pus; à peine s'il en restait un pouce parfaitement intact; le tiers du lobe antérieur du même côté et les deux tiers du lobe moyen étaient dans le même état. Le corps calleux était détruit jusqu'à la ligne médiane, ainsi que la cloison transparente et la partie antérieure de la voûte à trois piliers ; on ne pouvait plus distinguer les pieds d'hippocampe ; la moitié supérieure du corps strié était fortement ramollie, et on y dis-

tinguait les fibres que la pyramide envoie dans son intérieur. Le troisième ventricule et les ventricules latéraux communiquaient librement avec la plaie. Quant à l'hémisphère cérébral du côté droit et au cervelet, ils étaient sains dans la plus grande partie de leur étendue.

---

49. *Observation de laryngotomie pratiquée avec succès dans un cas d'œdème de la glotte* ; par le docteur W. Lawrence.

(London medical Gazette.)

Une femme âgée de 33 ans, renfermée dans la prison de Bridewell, était occupée à souper, entre cinq et six heures du soir, le 1er octobre 1845, lorsqu'en avalant une certaine quantité de pain qui n'avait pas été suffisamment broyée, une petite croûte de pain resta fixée dans l'arrière-gorge, et donna lieu à une sensation très-vive de gêne et d'embarras : elle chercha à la détacher en avalant de nouveaux aliments et des boissons; n'y pouvant réussir, elle porta son doigt profondément dans la gorge, et dans cette tentative, il lui sembla que son doigt ou le morceau de croûte de pain avait déchiré la gorge. Pendant deux heures elle n'éprouva rien de particulier, puis il survint de la gêne pour respirer : elle passa toute la nuit dans un état d'agitation extrême, et elle eut deux ou trois violents accès de suffocation. Vers le matin, la difficulté dans la respiration était moindre; cependant on fit appeler l'auteur, qui la trouva assise sur le lit et penchée en avant; la face rouge et gonflée, en proie à une anxiété extrême ; pourtant la respiration paraissait assez calme, et l'air pénétrait librement dans la poitrine; la voix était faible et enrouée, et tous les efforts, auxquels elle se livrait pour avaler des liquides, étaient suivis immédiatement d'accidents spasmodiques du côté de la gorge et de la face. En baissant la base de la langue, on apercevait une tumeur arrondie, grosse comme une cerise, et rouge-pâle, dans la situation occupée normalement par la glotte. Malgré une application de sangsues, il survint un nouvel et si violent accès de suffocation, qu'elle était presque sans connaissance, lorsque l'auteur lui pratiqua la trachéotomie, en incisant la membrane crico-thyroïdienne. Aussitôt l'opération terminée et la canule introduite, la connaissance revint et la face reprit sa coloration normale. Il ne survint véritablement aucun accident; vingt-quatre heures après, M. Lawrence, chirurgien de l'hôpital Saint-Barthélemj (dans lequel elle avait été transportée), retira la canule : l'air passait librement à travers la glotte; au bout d'une semaine, il ne sortait de l'air à travers la plaie que lorsque la

malade toussait. Vingt jours après, la plaie était complétement cicatrisée et la guérison complète.

---

50. *Observation de névrôme du nerf tibial postérieur donnant lieu à des accidents névralgiques; extirpation; guérison*; par le docteur Gay.

(The Lancet.)

Un valet d'écurie, âgé de 45 ans, était affecté depuis deux ans de douleurs sciatiques, qui, malgré tous les traitements qu'il avait suivis, avaient continué à s'accroître et à s'étendre, jusqu'à lui rendre la vie intolérable. Lorsqu'il entra à l'hôpital, le 5 septembre 1845, il accusait des douleurs sourdes le long du nerf sciatique; douleurs augmentant par la pression et qui parcouraient, comme des traits de feu, le nerf tibial postérieur, les nerfs articulaires du genou, les nerfs péronier, saphène et autres nerfs cutanés de la jambe. Derrière le grand trochanter, les douleurs étaient constantes; dans d'autres points, elles étaient lancinantes, paroxystiques, et revenant surtout pendant la nuit. Le pied était engourdi; le malade avait perdu l'appétit, ne dormait plus, voyait chaque jour diminuer ses forces et son embonpoint; enfin ne pouvait se livrer à aucune de ses occupations ordinaires. En suivant avec soin le trajet du nerf, on découvrit au-dessus de la tubérosité du calcanéum, entre le tendon d'Achille et la face postérieure du tibia, une tumeur du volume d'une grosse noix, solide, non élastique et mobile d'un côté à l'autre; quand on la pressait, on déterminait une vive douleur, on augmentait l'engourdissement du pied et on aggravait les douleurs névralgiques. Tous ces symptômes firent soupçonner à M. Gay que cette tumeur avait quelque rapport avec le nerf tibial postérieur. Avant de se décider à en pratiquer l'extraction, il voulut savoir si ce n'était pas un kyste; mais l'opération qu'il pratiqua ne donna lieu qu'à une abondante hémorrhagie artérielle. Alors il pratiqua l'excision le 11 novembre suivant : il fit sur la tumeur une incision d'un quart de pouce, la sépara de l'artère et des veines tibiales postérieures, et reconnut bientôt qu'elle appartenait aux nerfs du même nom. Cette tumeur recevait elle-même un certain nombre de vaisseaux, que l'auteur chercha d'abord à séparer; mais ne pouvant y réussir, il préféra lier l'artère au-dessus et au-dessous de la tumeur et enlever avec de forts ciseaux toute la partie intermédiaire des nerfs et des vaisseaux, 2 pouces et demi environ. Cette extirpation fut suivie d'une hémorrhagie très-abondante qui nécessita de nombreuses ligatures et des applications froides; il ne survint aucun accident sérieux, et le 4 décembre la plaie

complétement guérie ; seulement le malade, en perdant une portion de son nerf, a perdu également le pouvoir de contrôler et de diriger avec une précision suffisante les mouvements de son pied, à moins qu'il n'y porte continuellement la vue : ainsi, par exemple, en montant les escaliers, il ne lève pas assez la jambe pour atteindre la marche supérieure, à moins d'y prendre une grande attention ; il ne peut pas non plus s'appuyer sur le pied malade ; et si par hasard, en marchant, il met le pied sur une petite pierre, ou sur tout autre corps étranger, il perd l'équilibre et tombe immédiatement.

---

51. *Observation de hernie congéniale étranglée de six semaines; opération, guérison* ; par le docteur **James Long**.

(London medical Gazette.)

Le 10 mai, on apporta à l'auteur un enfant mâle âgé de six semaines ; il avait crié toute la nuit, n'avait pas été à la garde-robe, et avait eu d'abondants vomissements jaunâtres. Il y avait, chez cet enfant, une hernie scrotale du côté droit, qui avait le volume d'un œuf de poule : une portion de la hernie se réduisait, mais il restait dans le canal une tumeur de la grosseur du petit doigt, extrêmement sensible au toucher, en arrière de laquelle se trouvait le testicule. Tous les moyens employés furent sans succès ; il fallut recourir à l'opération le lendemain. L'auteur avait l'intention de ne pas ouvrir le sac, et de se borner à diviser l'étranglement, mais cela fut impossible : le sac contenait une anse intestinale, d'une couleur lie de vin, qui se trouvait en contact, et qui était adhérente au testicule par une bride membraneuse ; cette bride fut divisée, ainsi que l'égranglement. Les cris violents que poussait l'enfant firent sortir immédiatement une grande quantité d'intestins, dont la réduction fut peut-être la partie la plus difficile de l'opération : l'auteur profita d'une syncope pour réduire, placer trois points de suture et un bandage convenable. L'enfant fut mis à l'usage de l'eau de gruau jusqu'au lendemain. La nuit suivante, les évacuations alvines se rétablirent. Le 13, on enleva les sutures. Le 17, l'enfant était parfaitement guéri. La hernie ne s'est pas reproduite depuis.

---

52. *Complément d'une observation d'ablation de dix-sept pouces d'intestin, suivie de guérison ;* par le docteur **Brigham**.

(The american Journal of the medical Sciences.)

L'observation, que M. Brigham vient aujourd'hui compléter par l'autopsie, a été publiée dans le n° d'avril 1845 de *The American Journal of medical sciences.* Ce numéro ne nous étant pas

parvenu, nous n'avons pu en rendre compte. L'auteur nous rappelle que l'ablation de dix-sept pouces d'intestin avait eu lieu le 24 octobre 1844, chez un adulte aliéné, par une plaie faite à l'abdomen. Jusqu'au 1er mars suivant, le sujet resta fort et bien portant; mais à partir de cette époque il s'affaiblit, se plaignit de malaise à l'estomac et d'endolorissement du ventre, avec ballonnement par intervalles. Les garde-robes continuaient à être régulières, toutefois avec tendance à la diarrhée. La mort eut lieu le 2 avril : elle ne fut précédée ni accompagnée d'aucun symptôme remarquable.

Nous n'insisterons, quant aux résultats nécroscopiques, que sur ceux qui concernent les organes abdominaux. L'abdomen lui-même était considérablement distendu; à l'ouverture, il laissa échapper une grande quantité de sérosité jaunâtre, mêlée de flocons purulents. Au niveau de la plaie, le feuillet pariétal du péritoine était rouge, épaissi et adhérent aux intestins. Les anses intestinales, en différents endroits, étaient réunies les unes aux autres, et ne pouvaient être séparées qu'avec une très-grande difficulté. La portion d'intestin enlevée était le colon; la séparation avait eu lieu environ à 4 pouces de l'intestin grêle. Les parties divisées étaient rassemblées et fortement unies par une lymphe organisée au niveau de la plaie; entre les deux bouts d'intestin, c'est-à-dire entre le tronçon supérieur du colon et son extrémité inférieure (la partie intermédiaire ayant été enlevée), existait un conduit étroit, traversé par une petite bande ligamenteuse, mais pouvant permettre le passage des fèces demi-liquides.

On pourrait désirer des renseignements plus circonstanciés sur la disposition des parties, et particulièrement sur les rapports des deux bouts intestinaux. La guérison, après l'ablation de 17 pouces d'intestin, est un cas assez rare pour mériter d'être connu dans toutes ses particularités, et les renseignements viendraient surtout à propos dans un moment où le canal alimentaire, estomac et intestins, est, de la part de la chirurgie, l'objet des tentatives les plus hardies.

A un autre point de vue, l'observation qui précède vient montrer, avec quelques autres, quelle longue portion des gros intestins on peut perdre sans que la santé en soit gravement troublée. On trouvera, dans la *Gazette Médicale*, 1844 (p. 343 et 772), deux observations d'iléus suivi de l'expulsion de 29 pouces d'intestin dans l'un, et de 16 pouces dans l'autre. Dans ces deux cas, le retour à la santé a été à peu près complet.

53 *Anévrisme de l'artère basilaire;* par M. Ruschenberger.

(The american Journal of the medical Sciences.)

Obs.—Christian Wahlman, âgé de quarante-sept ans, entra le 24 mai 1845 à l'hôpital, comme affecté de paralysie. Cette maladie remontait à deux ans au moins; mais on manquait de renseignements sur l'époque et les circonstances de son début. On se rappelait seulement avoir vu, quelques mois avant son admission, cet homme, très-gros mangeur, paralysé du côté gauche, s'appuyer sur un bâton avec la main droite qui tremblait continuellement.

Examiné dans ses principales fonctions, il fut reconnu être entièrement privé de mouvement et de sentiment dans la moitié gauche du corps. La paupière supérieure tombait. Il parlait difficilement. Couché sans cesse, il rendait involontairement ses matières. Il avait de la peine à avaler et faillit une fois s'étrangler avec un morceau trop volumineux. Lorsqu'on lui faisait tirer la langue, elle se déviait un peu à gauche. Après un séjour de près de deux mois, pendant lequel on essaya inutilement l'administration de quelques agents stimulants, il succomba le 14 juillet.

Autopsie.—Cerveau un peu ramolli. Une pinte et demie environ de sérosité baignait l'encéphale ou remplissait les ventricules. Immédiatement au-dessus des apophyses clinoïdes postérieures, on trouva une dilatation anévrismale de l'artère basilaire, du volume d'un œuf de pigeon, qui pressait sur le pont de varole. Ce sac contenait un caillot sanguin irrégulier, dur et sec, entouré d'un liquide rouge ayant la consistance de pus. L'ouverture des communications entre lui et l'artère était très-distincte. Les artères vertébrales entraient dans la partie inférieure de la tumeur. Une extravasation de sang, par rupture du sac, avait eu lieu dans la substance du pont de varole qui était très-ramolli et de couleur noirâtre.

L'auteur ajoute que, à l'œil, la tumeur paraissait placée précisément sur la ligne médiane et divisée en deux moitiés latérales symétriques, de telle sorte qu'il aurait été impossible de décider, d'après l'inspection seule, de quel côté elle portait principalement.

—Il est vraiment à regretter que la plupart des circonstances relatives à l'invasion et à la marche de la maladie, aient échappé à l'auteur. Telle qu'elle est cependant, cette importante observation mérite une attention particulière, surtout si on la rapproche des faits du même genre, parmi lesquels se distingue surtout le cas très-complet publié par M. Lebert (V. *Bulletins de la So-*

ciété anatomique, 1836). On aura sans doute remarqué, chez le malade de M. Ruschenberger, cette *chorée* occupant spécialement le membre supérieur : ce symptôme avait été noté par Ollivier (d'Angers) comme l'un des phénomènes caractérisant l'apoplexie de la protubérance, et certes la lésion cérébrale, constatée dans le cas présent, offre tant d'analogie avec une apoplexie de la protubérance, qu'on ne fera sans doute aucune difficulté d'admettre l'existence de cette convulsion isolée, observée ici comme preuve de plus à l'appui de l'assertion d'Ollivier.

---

54. *Observation d'opacité congéniale de la cornée disparaissant graduellement*; par le docteur P.-W. MACLAGAN.

(London medical Gazette.)

La femme d'un soldat accoucha à terme d'un quatrième enfant, que l'on apporta à l'auteur comme aveugle-né. Quatorze heures après sa naissance, les yeux étaient dans l'état suivant : aucune trace d'inflammation ou d'écoulement puriforme ; la cornée gauche complétement opaque ; la cornée droite opaque seulement dans les deux tiers inférieurs (cette opacité se terminait en quelque sorte d'une manière insensible). L'auteur supposa d'abord que la cause de l'opacité était dans l'humeur aqueuse. Mais, en plaçant l'enfant sur le côté, il s'assura que l'opacité ne se déplaçait pas. Dès lors il dut porter un pronostic défavorable. Mais il fut agréablement détrompé : quelques semaines après, le bord supérieur de l'opacité qui couvrait la cornée droite commença à s'amincir et à s'abaisser, de sorte qu'on apercevait une portion de la pupille, que l'on ne pouvait voir qu'obliquement auparavant. Trois mois après sa naissance, on reconnut que l'opacité, qui occupait la totalité de la cornée du côté gauche, commençait à diminuer supérieurement, et disparaissait par degrés. A cette époque il était curieux de voir l'enfant, portant son œil instinctivement en bas, lorsqu'on lui présentait quelque objet brillant, de manière à permettre à l'image de traverser la partie supérieure de la cornée. Au moment où le docteur Maclagan a perdu de vue cet enfant (au mois de mars, six mois après sa naissance), il n'y avait plus qu'une petite portion de la cornée du côté droit qui restât opaque, et la partie supérieure de la cornée gauche était assez transparente pour que l'enfant pût regarder directement devant lui ; tout faisait donc espérer que l'opacité disparaîtrait entièrement, ou du moins jusqu'au point de n'apporter aucun obstacle à la vision.

Projet de loi sur l'enseignement et l'exercice de la médecine (1).

(Gazette médicale de Paris, N° 8; 1847.)

Paris, 18 février 1847.

Le *Moniteur* de ce jour publie le projet de loi sur l'enseignement et l'exercice de la médecine, présenté à la chambre des pairs par M. le ministre de l'instruction publique. Nous mettons ce projet sous les yeux de nos lecteurs, précédé de son exposé des motifs.

Il serait téméraire de juger à une simple lecture une œuvre aussi grave, qui a occupé les Académies, qui a été inspirée par le congrès médical, élaborée par une quarantaine de commissions; sur laquelle ont médité nos Facultés, nos écoles, nos hommes d'Etat; une œuvre enfin que le corps médical a si vivement désirée, si longtemps attendue, et qu'on lui présente comme la sauvegarde de ses droits et le remède à tous ses maux. Ce n'est pas dans une intention maligne que nous résumons ainsi l'importance de ce document. Nous ne voulons que motiver notre réserve et expliquer pourquoi nous remettons à un autre moment d'examiner les nombreuses questions qu'il soulève, les changements qu'il propose, les innovations qu'il renferme; car, quelle que soit notre opinion sur chaque chose, nous apporterons à l'exprimer une circonspection d'autant plus grande que nous tiendrons plus à faire prévaloir notre avis, comme le fruit de réflexions mûres et dégagées de tout esprit de parti. Cela dit, nous bornerons-nous aujourd'hui à insérer le projet en lui donnant par notre silence une espèce d'approbation tacite? Nous n'avons ni cette intention ni cette crainte. Pendant que d'autres se hâteront de le disséquer article par article, paragraphe par paragraphe, nous le laisserons dans son entier avec sa physionomie propre, son caractère, sa forme originale; et nous chercherons dans cette physionomie, dans ce caractère, dans cette forme, la raison de ses mérites et de ses défauts, lesquels ressortiront, d'eux-mêmes, des causes qui les produisent. Notre but, en un mot, n'est pas de rechercher d'abord si le projet est bon ou s'il est mauvais, mais lequel il est, et à quelles influences il doit d'être ce qu'il est.

Disons-le immédiatement: le principal caractère du projet est de n'en point avoir. C'est un assemblage d'articles enchaînés assez méthodiquement en apparence, mais dont la pensée n'est réellement nulle part. Pour un grand nombre de personnes, ceci ne

(1) Le texte du projet inséré au *Moniteur* diffère notablement de celui qu'ont publié en même temps deux journaux de médecine. Nous nous dispensons de signaler les différences. Le zèle bien connu de nos confrères les engagera sans doute à donner à leurs lecteurs une seconde édition du projet, cette fois conforme au texte officiel.

sera point un reproche, mais un fait, et un fait qui concorde assez bien avec ce que l'on remarque dans toutes les productions législatives de notre temps. Nulle part, en effet, on ne trouve de conception une et forte ; chaque loi n'est qu'une collection d'articles adaptés empiriquement aux différents faits qu'il s'agit de régler, aux différents symptômes qu'il s'agit de prévenir ou de réprimer. D'idée première, de principe général, de sentiment de causalité, point. En pourrait-il être autrement ? Est-ce avec des commissions, est-ce par des esprits divers, opposés, irréfléchis, dépourvus de lien et de but, avec des intérêts sans unité ni franchise, qu'on arrive à quelque chose de grand, d'homogène, de systématique ?... La loi médicale ne devait donc pas faire exception à la règle ; elle se présente, comme toutes les lois contemporaines, avec la physionomie de son époque, toute empreinte des circonstances extérieures où elle est née, mais non animée d'une vie puisée dans le sentiment le plus élevé de la chose qu'elle est destinée à régler. Si nos remarques restaient dans cette généralité, on ne manquerait pas de les taxer de rêveries. Aussi avons-nous hâte de les justifier et de les éclaircir en entrant dans quelques détails.

Nous le confessons d'abord, depuis une vingtaine d'années qu'on élabore de tous côtés des projets de loi sur la médecine, nous n'avons trouvé à aucun le véritable caractère qu'il devait avoir. Il nous avait semblé que tout le malaise de la profession siégeait dans le trop grand nombre de médecins et de médecins incapables ; non que nous prétendions que la profession médicale fût moins bien partagée que toutes les autres ; mais parce que, en vue de son but plus élevé et de sa mission plus difficile, elle ne devait pas se contenter d'être aussi riche en intelligence que les autres professions, mais ne pouvait pas se dispenser de l'être plus. Eh bien ! dans aucun projet on ne s'occupe de cette cause ni d'aucun autre principe du mal auquel il faille porter remède. Au lieu de cela, chacun de ceux qui les ont proposés ou modifiés a marqué l'œuvre au coin de ses passions, de ses préjugés, de ses intérêts. Pour ne pas remonter trop haut, ne se rappelle-t-on pas le projet émané du congrès médical ? N'était-ce pas la bourgeoisie de la profession qui avait soigneusement nivelé nos devoirs et nos droits à une certaine taille ? qui avait imaginé une foule d'expédients, de franchises, de délits, de pénalités, en vue de la protection de ses petits intérêts ? Certes nous ne rappelons pas ces choses pour les critiquer, mais pour citer un exemple d'un fait très-général, dont le projet de loi actuel n'offre lui-même que la confirmation et la continuation. Disons même, à la louange

du projet émané du congrès médical, qu'il était moins hétérogène, plus caractérisé que celui qu'on nous offre. Il trahissait certaines préoccupations qu'il eût été préférable de voir plus grandes, plus élevées, mais il caractérisait assez bien l'ensemble d'où il émanait, tandis que le projet de loi actuel n'exprime aucune tendance marquée, et porte çà et là au contraire les traces des influences diverses par lesquelles il a passé. Il suffira de quelques mots pour le prouver.

La première de ces influences, et sans contredit la meilleure, est celle de l'Ecole de médecine. Tout ce qui a trait à l'enseignement et aux réceptions, à la distribution des cours, aux examens, aux agrégés, aux concours, témoigne d'un soin aussi actif qu'éclairé, en faveur du corps que cela concerne. Dans l'examen de cette partie du projet, nous aurons beaucoup à louer. Est-il possible cependant de méconnaître, même à ce zèle tout paternel, qui se préoccupe bien plus de son for intérieur et de chaque membre de sa famille que du corps des médecins; qui s'assure, dans la composition des jurys de concours pour les nominations de professeurs, une majorité préalable formée par les siens; qui décrète pour les professeurs de clinique la possession perpétuelle du service des hôpitaux; qui attribue à ses vétérans une retraite honorable et confortable : est-il possible, dis-je, de méconnaître la trace d'une intelligence sûre, mais un peu dominée par l'amour des siens? Nul doute que, si cette intelligence eût fonctionné seule dans toute la sphère du projet, elle n'eût répandu ailleurs la fécondité de vues qu'on l'a forcée de concentrer au profit de son établissement propre. Mais c'est précisément là qu'elle paraît avoir été confinée : au delà commence une seconde influence.

L'Université, dans ces derniers temps, a repris, sous un chef éminent et plein de résolution, le caractère qu'elle avait à son époque la plus brillante. La réorganisation du conseil de l'instruction publique a été l'un de ses actes les plus hardis et les plus conséquents. Il fallait relever ce corps autant par ses attributions que par son personnel. C'est sans doute ce qui, dans le projet de loi, explique les nombreuses interventions de ce conseil. Mais c'est surtout pour le chef même de l'Université qu'une partie énorme des pouvoirs et des priviléges a été réservée. Il peut fixer à Paris les concours pour les chaires vacantes dans les Facultés; il désigne les membres du jury adjoints aux professeurs; il nomme les présidents des concours; il peut autoriser les permutations de chaires dans la même Faculté et d'une Faculté à une autre; enfin, ce qui est beaucoup plus grave, il se réserve le droit, en

cas de vacance dans la Faculté de Paris, d'appeler un professeur d'une autre Faculté; et encore, d'appeler aux chaires de chimie, d'histoire naturelle, de botanique, un professeur des Facultés des sciences. Tout cela ne témoigne-t-il pas au plus haut degré de la part du lion? Nous ne parlerons pas des distinctions de bacheliers, de licenciés, de docteurs, qui harmonisent si bien les différents grades médicaux avec ceux des Ecoles de droit et des Facultés des sciences : c'est la fantaisie après le sérieux.

Ce n'est pas tout. Il est difficile aujourd'hui qu'une loi quelconque ne soit point une loi politique. Après la Faculté, après l'Université, le gouvernement. Il ne nous appartient pas de suivre très-loin les traces de cette troisième influence. Mais qu'est-ce que la nomination des médecins cantonnaux par les préfets, leur répartition par les préfets? Qu'est-ce encore et surtout que l'institution des conseils médicaux exclusivement réservée au ministre, et la désignation pour l'exercice de certaines fonctions des membres de ces conseils par les préfets? Mais ne poursuivons pas plus loin nos investigations dans cette voie. Ces indications suffisent pour montrer que le pouvoir politique, comme les deux autres, a mis la main à l'œuvre, et l'a marquée de son empreinte. Chacun a fait, comme on le dit vulgairement, son affaire propre, sans se préoccuper trop de l'affaire du corps médical.

On sait maintenant ce qu'est le projet de loi dans son ensemble, dans son caractère le plus général, et on sait aussi ce qu'il n'est pas. Ainsi que nous l'avons dit en commençant, nous n'avons voulu ni blâmer ni louer ses dispositions particulières, mais les déterminer dans leur point de départ, dire leur origine et leur portée. A la lumière des faits généraux que nous venons de signaler, il nous sera facile d'entrer dans les moindres détails et de montrer surtout jusqu'à quel point nos intérêts seront satisfaits sous le patronage des intérêts de la Faculté, de l'Université et du gouvernement.

Projet de loi sur l'enseignement et l'exercice de la médecine, présenté le 15 *février à la chambre des pairs par M. le Ministre de l'instruction publique.*

I. — *Exposé des motifs.* — M. de Salvandy, ministre de l'instruction publique : Messieurs, le projet de loi que nous avons l'honneur de vous présenter par les ordres du roi répond à une longue attente; il a pour but de satisfaire à des intérêts aussi considérables que divers; il règle l'enseignement et l'exercice de la médecine et de toutes les branches de l'art de guérir dans le royaume.

On peut dire que ces questions étaient pendantes depuis vingt-cinq années. La chambre des pairs n'a pas perdu le souvenir des importants débats que des propositions de loi, réitérées sous la restauration, suscitèrent à deux reprises (en 1825 et en 1826), dans son sein. Depuis lors, ces questions n'ont pas cessé d'être à l'étude dans le corps médical, dans les facultés, dans les compagnies savantes, dans les académies spéciales et les commissions officielles, dans l'université, dans le gouvernement.

L'opinion publique n'a pas cessé non plus de réclamer, par tous ses organes réguliers, par les journaux, par les pétitions, par l'initiative parlementaire, par les commissions des deux chambres, la révision de la législation existante. D'importants travaux ont été préparés dans ce but par l'administration. En 1838, un projet de loi, concerté après de mûres délibérations avec une commission considérable par le nombre et les lumières, était terminé, et il allait être présenté à cette chambre à l'instant même où les affaires passèrent en d'autres mains. Sous des auspices nouveaux, les matériaux d'un nouveau travail furent préparés avec une sollicitude dont le ministère de l'instruction publique conserve des traces précieuses. Cependant le besoin de résoudre des problèmes dont le temps fait de plus en plus sentir la gravité, préoccupait chaque jour davantage tous les esprits. La préoccupation était également vive au sein du corps médical et dans la société même. Le mal s'aggravait par les discussions publiques, multipliées, incessantes, qui frappaient de provisoire toutes les institutions établies, et de discrédit toutes les situations faites, sans rien fixer et rien résoudre. Enfin une manifestation éclatante observée avec soin par le ministère compétent, comme l'une des représentations d'intérêts spéciaux les plus importantes et les plus nombreuses qui se soient vues dans notre pays, révéla tout ce qu'un corps, qui tient dans la société tant de place et y exerce une si naturelle influence, renfermait de malaise, de lumières et de sagesse. Le congrès médical honora les professions qui y étaient rassemblées par l'importance de ses délibérations, par leur éclat et par leur gravité. Il reçut de la bouche du ministre du roi la promesse d'une solution complète et prochaine. Le gouvernement du roi tient aujourd'hui la promesse qu'il fit alors.

Le ministère de l'agriculture et du commerce a préparé, sur une partie importante de ce service, l'exercice de la pharmacie, une loi qui ne tardera pas à être présentée aux chambres. Une institution nouvelle établie récemment au ministère de l'instruction publique et placée dans l'Université entre les intérêts médicaux et le conseil royal, la haute commission des études médi-

cales, dans laquelle siégent les maîtres de la science dans tout le royaume (1), a prêté à l'administration, par les délibérations les plus prolongées et les plus approfondies, l'assistance de ses vives lumières. Le conseil royal nous offrait le concours de l'esprit ferme et éminent qui a contribué si puissamment, dans ces dernières années, aux progrès de l'organisation et de l'enseignement de la médecine parmi nous. Enfin, dans une longue étude des vœux du congrès et des éléments de la question, nous nous sommes attachés à satisfaire tous les intérêts et à régler tous les droits. Tel est le but du projet de loi qui vous est soumis.

L'origine de la constitution actuelle du corps médical explique suffisamment les vices que le temps y a révélés. La révolution ne détruisit pas seulement les institutions sociales et politiques : tous les corps chargés de dispenser l'enseignement périrent à la fois sous sa main ; toutes les écoles, toutes les académies, tous les laboratoires, tous les musées furent détruits. Les méthodes et les traditions eurent la même fortune. Si l'assemblée constituante, à l'origine de ce période de rénovation sans exemple parmi les hommes, avait posé quelques règles nouvelles, quelques principes jusque-là ignorés qui devaient être la loi souveraine de l'avenir, cet avenir était loin encore, et, en attendant, une génération tout entière eut ce spectacle qui n'avait jamais été donné dans le monde, et qui, sans doute, ne se reproduira pas, d'une abolition totale et absolue des éléments d'instruction pour tout un peuple. Dans l'ordre des sciences médicales, l'ancien régime comptait dix-huit facultés de médecine, parmi lesquelles celles de Paris, Montpellier, Toulouse, Besançon, Rennes, Caen, Perpignan, avaient une grande renommée ; et quinze colléges ou corporations de médecine et un plus grand nombre de colléges et de communautés de chirurgie. Tout cela tomba, enveloppé dans la tourmente du 10 août, le lendemain de la chute du trône, et pour ainsi dire du même coup ; le décret du 16 août 1792 supprima à la fois toutes les universités, toutes les facultés, toutes les corporations savantes. Tous les instruments par lesquels se transmet de génération en génération l'instruction d'un peuple, tous les foyers qui conservent et entretiennent, dans l'intérêt de l'âge futur, les lumières de l'âge précédent, se trouvèrent brisés. Quand le génie de l'ordre, sous l'une des formes les plus puis-

(1) Cette commission se compose de MM. Orfila, Donné, Fouquier, Chomel, P. Dubois, H. Royer-Collard, Andral, Velpeau, Roux, Dumas, Béhier, Marchal de Calvi, Caizergue, Lordat, Coze, Forget, Bussy, Gintrac, Senac, Combes, Caventou, Pariset, Villeneuve, Boullay, Cap, Alquié, Richond des Brus, Termes, Dubreuil, Bégin, Rigal de Gaillac.

santes qu'il ait manifestées jamais parmi les hommes, voulut reconstituer, en fait de science comme pour tout le reste, il ne trouva que des ruines. La main de Napoléon s'attacha à rassembler ces ruines, à les édifier, à les rendre vivantes.

Déjà, après trois années de cet étrange état de choses, la convention, dans ce retour sur elle-même qui lui fit créer les écoles centrales et l'Institut, avait rassemblé, pour donner des médecins et des chirurgiens à nos armées, trois cents jeunes gens levés sur toute la surface du territoire, dans trois écoles de santé, Paris, Montpellier, Strasbourg, où des études leur étaient offertes, où des commissions devaient leur être données. La loi consulaire du 11 floréal an X (1er mai 1802), en constituant tous les ordres d'instruction nationale sur une base commune et posant ainsi la première pierre de l'université de France, ne changea rien à cette organisation partielle et incomplète de l'enseignement médical, sauf que trois nouvelles écoles de santé pour les annexes nouvelles de la France, Turin, Mayence et Bruxelles, étaient instituées. Mais l'esprit même qui avait présidé aux destinées politiques était changé; le génie qui fonde se faisait sentir partout; une législation médicale, appropriée aux besoins nouveaux autant que l'état présent pouvait le permettre, était préparée. Fourcroy, en présentant la loi du 19 ventôse an XI (10 mars 1803), s'exprimait ainsi sur l'état présent auquel il voulait porter remède :

« Depuis le décret du 18 août 1792, qui a supprimé les universités et les corporations savantes, il n'y a plus de réceptions régulières de médecins ni de chirurgiens. L'anarchie la plus complète a pris la place de l'ancienne organisation. Ceux qui ont appris leur art se trouvent confondus avec ceux qui n'en ont pas la moindre notion. Presque partout on accorde des patentes également aux uns et aux autres. La vie des citoyens est entre les mains d'hommes avides autant qu'ignorants. L'empirisme le plus dangereux, le charlatanisme le plus éhonté abusent partout de la crédulité et de la bonne foi. Aucune preuve de savoir et d'habileté n'est exigée. Ceux qui étudient depuis sept ans et demi dans les trois écoles de médecine, instituées par la loi du 14 frimaire an III, peuvent à peine faire constater les connaissances qu'ils ont acquises, et se distinguer des prétendus guérisseurs qu'on voit de toutes parts. Les campagnes et les villes sont également infectées de charlatans qui distribuent les poisons et la mort avec une audace que les anciennes lois ne peuvent plus réprimer. Les pratiques les plus meurtrières ont pris la place des principes de l'art des accouchements. Des rebouteurs et des

méges impudents abusent du titre d'officiers de santé pour couvrir leur ignorance et leur avidité. Jamais la foule des remèdes secrets, toujours si dangereux, n'a été aussi nombreuse que depuis l'époque de la suppression des facultés de médecine. Le mal est si grave et si multiplié, que beaucoup de préfets ont cherché les moyens d'y remédier en instituant des espèces de jurys, chargés d'examiner les hommes qui veulent exercer l'art de guérir dans leurs départements. Mais cette institution départementale, outre qu'elle a le grave inconvénient d'admettre une diversité fâcheuse de mesures administratives, ouvre la porte à de nouveaux abus, nés de la facilité trop grande ou de trop peu de sévérité des examens, et quelquefois d'une source encore plus impure. Le ministre de l'intérieur s'est vu forcé de casser des arrêtés de plusieurs préfets, relatifs à ces espèces de réceptions, souvent aussi abusives qu'elles sont irrégulières. Il est donc pressant, pour détruire tous ces maux à la fois, d'organiser un mode uniforme et régulier d'examens et de réceptions, pour ceux qui se destinent à soigner des malades. »

En conséquence, ce qu'on trouva d'hommes expérimentés et capables dans l'ancien régime, ceux que l'ancien régime avait formés, furent appelés à rendre des écoles de médecine véritables à la France. On donna pour dotation à ces écoles le produit des frais d'examen et de diplôme qu'on institua ; on rétablit le grade, le titre et les épreuves du doctorat ; on eut soin de n'imposer à la jeunesse, que l'on conviait à la poursuite de ce titre antique et nouveau, qu'un cours d'études de quatre années, de n'exiger d'elle ni épreuves littéraires ni épreuves scientifiques ; et cependant, voulant des études sérieuses, on prescrivit que sur cinq examens deux fussent soutenus en latin. Aussi reconnut-on l'impossibilité, dans l'état illettré de la société, de donner promptement, en nombre suffisant, à la santé publique quelques dignes gardiens d'un tel dépôt. Il fallait à tout prix des médecins. Le législateur les demanda à un ordre d'étudiants et par suite de praticiens inférieurs à celui-là, pris moins haut dans l'échelle des études, du rang et de la fortune, faits plus vite et à moins de frais; admis à exercer le même ministère, mais à des conditions moins élevées ; dispensés de suivre les écoles, et cependant investis du droit de disposer de la vie des hommes : ce furent les officiers de santé, qui existent aujourd'hui encore. Aucune étude littéraire n'était exigée d'eux, aucune étude médicale ne leur fut même imposée. Six années de travail chez un docteur, sans justification sérieuse, ou bien cinq de pratique dans les hôpitaux, deux examens devant un jury institué dans chaque département, et 200 fr. de frais de

réception et de diplôme, furent tout ce que la loi se sentit, dans l'état barbare dont on sortait à peine, la puissance d'obtenir. La loi marqua l'infériorité de ce second ordre de praticiens en les circonscrivant dans les départements où ils avaient été reçus, et en leur interdisant les grandes opérations chirurgicales, sans prendre, du reste, aucune précaution pour assurer l'observance de ses prescriptions.

Le corps médical se constitua donc en deux ordres profondément distincts par la fortune, l'éducation, les études spéciales, le ministère même : le premier, dont les études etaient réelles, mais trop courtes encore et insuffisantes; le second, qui, en réalité, n'avait point d'études. Hâtons-nous de le dire, les officiers de santé ont généralement éprouvé le besoin de corriger, par les observations consciencieuses et persévérantes de la pratique, les vices d'une éducation première incomplète et d'une instruction doctrinale impuissante. Nombre d'entre eux sont parvenus, à force de travail, à force de dévouement pour les intérêts de l'humanité, à relever leur profession dans le sentiment public, à mériter d'être confondus, comme ils y ont tendu toujours, avec la partie élevée et essentielle du corps médical. Mais ce qui est vrai aussi, c'est que cette confusion a fait peser sur le corps tout entier de la médecine française les reproches qui étaient justement adressés à la constitution des officiers de santé. Le corps est resté ainsi déprécié dans la considération et dans la confiance publique par des causes plus fortes que lui. Les efforts constants de toutes les administrations pour élever le niveau de son instruction par les conditions d'études imposées aux élèves des facultés, ont trouvé un obstacle insurmontable dans les facilités que présentaient de toutes parts aux études incomplètes les jurys médicaux, et dans la confusion qu'entretenait l'uniformité des travaux, en dépit de la diversité des origines; car, si la législation avait essayé de marquer les officiers de santé d'un sceau particulier par ses interdictions, ces dispositions, très-difficilement observées, ne font que constater l'inégalité d'hommes qui ont la même pratique, qui se partagent la même clientèle, qui exercent sur la société la même influence et s'y reconnaissent les mêmes devoirs. Cet état de choses, si vicieux en principe, l'a été davantage dans le fait, parce que, si les officiers de santé se confondent avec les médecins, la législation n'a pas pris de précautions suffisantes pour empêcher les uns et les autres de se confondre avec la foule des empiriques et des praticiens prétendus de tout ordre, qui, la plupart du temps, sans titre aucun, souvent en prenant hardiment les titres d'officiers de santé ou de docteurs, se sont

saisis du droit d'administrer les intérêts les plus chers à l'Etat et à la famille, ceux de la vie humaine.

L'organisation de la pharmacie et de son enseignement, celle de toutes les branches de l'art médical, ont reposé sur les mêmes principes : d'une part, deux classes de praticiens, c'est-à-dire deux ordres d'enseignement, et de conditions d'exercice ; d'autre part, pour le premier ordre lui-même, complète insuffisance d'études et de garanties, telle était la loi du 10 mars 1803 (19 ventôse an XI) qui, après quarante-cinq ans, nous régit encore.

Il est manifeste que cette loi, comme tous les grands actes de la restauration consulaire, avait un caractère essentiellement transitoire. Elle était une réaction heureuse de l'esprit d'ordre et de prévoyance contre la nécessité des temps; mais cette nécessité, à son tour, avait imposé son joug à la législation. L'organisation qu'on vient de rappeler, bonne pour l'état violent et passager de la société d'alors, ne peut pas convenir à l'état actuel des esprits, à la répartition présente des lumières et des garanties au sein de la société française. Il n'y a plus équilibre entre la constitution des professions médicales et la mission qu'elles remplissent, entre le rang qu'elles occupent ou doivent occuper au milieu de nous et l'instruction qui leur est donnée.

Ce n'est pas que, depuis la création de l'université et la large place qui a été donnée à l'enseignement de la médecine dans son sein, cette grande institution n'ait tendu avec une constante application et un constant succès à relever la médecine française en relevant l'enseignement, en multipliant les moyens d'instruction, en y ajoutant des conditions d'études de plus en plus nombreuses et sévères, en introduisant dans les facultés une discipline intérieure qui a donné toute sécurité à l'Etat et aux familles sur les résultats de ce solide enseignement. Le baccalauréat ès lettres a été exigé de tous les aspirants au doctorat depuis 1823 ; le baccalauréat ès sciences depuis la même époque. La pharmacie a vu s'accomplir dans son sein les mêmes réformes et les mêmes progrès : elle s'est attachée à marcher du même pas que la médecine et y est parvenue. Les écoles spéciales, ainsi que les facultés, n'ont pas seules participé à ce travail uniforme et incessant d'amélioration. Vingt écoles secondaires de médecine et de pharmacie, instituées dès 1820, développées et affermies par les règlements de 1837, élevées avec raison par l'ordonnance de 1840 au rang d'écoles préparatoires et par là introduites dans l'enseignement supérieur, ont contribué comme autant de foyers scientifiques à ranimer dans les vingt chefs-lieux de départements qui les possèdent les études sérieuses de tout ordre.

Placées en même temps à la proximité des familles et des hôpitaux pour détourner vers l'enseignement doctrinal la jeunesse, que des facilités plus grandes entraînaient vers le corps des officiers de santé, elles ont été perfectionnant chaque jour leur organisation, leurs moyens matériels, leurs méthodes, leurs règlements, et plusieurs sont parvenues à donner une instruction solide, et à servir facilement de pépinière à nos facultés. Mais toutes les réformes, accomplies par l'université sur elle-même, n'ont fait que mieux mesurer les obstacles que lui oppose la législation existante. Cet état de choses, aggravé par les discussions mêmes qu'il a suscitées, doit avoir enfin un terme. Il faut que tous les membres du corps médical, quelle que soit la diversité de leur situation et de leur ministère, quelle que fût la différence de rang et d'instruction qu'on croirait devoir y maintenir entre ceux qui remplissent les mêmes fonctions, justifient à un égal degré des connaissances que ces fonctions exigent, donnent à l'ordre moral des garanties égales, jouissent tous de la même considération. Toutes les branches de l'enseignement, toute l'organisation diverse des écoles qui le distribuent, appellent aussi des réformes et des perfectionnements. Rien n'est plus digne de la sollicitude des pouvoirs publics ; car il s'agit d'un service qui touche par chacune de ses branches à tous les intérêts domestiques et moraux de la famille, en même temps qu'à tous les intérêts scientifiques et matériels de la société.

La chambre des pairs nous permettra d'insister sur ce point. Le médecin a trois caractères différents : le premier de tous, ou du moins le plus apparent, le plus sensible, est celui qui consiste dans le dépôt de tous les intérêts de la santé humaine ; et, sous ce rapport, il a deux ministères distincts et considérables tous deux. Ce n'est pas seulement l'hygiène privée qui est confiée à sa redoutable assistance, c'est aussi l'hygiène publique. D'un côté, il repond à la famille de ce qu'elle a de plus cher, la santé et la vie de l'enfant, la force de l'adulte, le calme du vieillard, le salut de la femme dans toutes les épreuves par lesquelles la Providence fait passer cette sensible et fragile organisation. Ce sont là les biens que chacun demande à la médecine et à toutes les ramifications de l'art qui s'y rattachent. D'un autre côté, la société ne lui demande pas avec moins de sollicitude d'étudier et de connaître les causes qui agissent sur l'état physique, et par là sur l'état physique et moral des populations, les moyens de résister aux forces délétères, les ressources dont l'administration peut s'armer contre les fléaux qui ajoutent aux misères déjà si nombreuses dont il a plu à la divine Providence d'affecter l'indi-

vidu, celles qui affectent tout à coup ou bien d'une manière permanente certaines régions, certains climats, ou même tout un ordre de régions, de climats, de populations. Et ce n'est pas tout : l'administration n'attend pas seule le concours du médecin ; la justice aussi compte sur lui pour éclairer sa marche, pour découvrir et constater, jusque dans les secrets les plus intimes de l'organisation humaine, la trace du crime, sa trace restée vivante au milieu de la nature morte, sa part dans les souffrances mystérieuses de victimes qui ne se croient que sous le poids de la maladie, et qui succombent à d'invisibles attentats; et l'on sait combien de fois la déclaration de ce témoin unique, de ce révélateur inattendu, qui n'a pour garants que son savoir et sa conscience, a déterminé la conviction du juge ou celle de l'opinion, et dirigé la sévérité de la loi.

Voilà le médecin proprement dit, dans l'acception étroite du mot et de la mission ; voilà ce qu'il est pour le législateur dans le simple exercice et dans les limites restreintes de son ministère. Mais il y a autre chose en lui : il y a le savant qui n'a pu parvenir au droit de pratiquer ce ministère périlleux et multiple que par de longues épreuves, de nombreuses études, des garanties pédagogiques de toute nature. Le médecin est le seul serviteur public à qui l'Etat impose la sanction d'un triple diplôme universitaire : on le veut gradué dans les lettres, gradué dans les sciences, gradué dans la médecine, et l'on a raison; car il faut que par ses lumières il soit au niveau de toutes les classes de la société, puisqu'il a sur toutes une action égale. Il faut qu'il sache puiser la science à toutes ses sources et la suivre par la connaissance des auteurs dans toutes les vicissitudes qui ont caractérisé sa marche; toutes les sciences naturelles lui sont nécessaires pour trouver dans les forces de la nature celles qu'il peut opposer au mal avec lequel il est aux prises. Sa vie doit être une continuelle étude, mais dont il fasse profiter la science elle-même par ses observations, ses mémoires, ses travaux de tout ordre, et la communication qu'il en donne aux corps savants institués pour enregistrer, coordonner et provoquer toutes les découvertes.

Enfin le médecin a un troisième caractère, le plus essentiel de tous aux yeux d'une société bien ordonnée : il est l'assistant obligé, perpétuel et intime du père de famille, du mari, de la mère, pour la garde de tous les dépôts les plus chers à leurs affections et à leur honneur; la famille lui est ouverte à toutes les heures, elle n'a pas de secret pour lui, elle n'a pas de refuge contre lui. La société, en constituant le corps médical, est tenue de prendre toutes ses sûretés à l'égard de chacun de ses mem-

bres : la loi, par son intervention nécessaire, accepte le devoir de répondre de chacun d'eux ; elle doit vouloir toutes les garanties pour s'assurer que le dépositaire de ce sacerdoce intime, de cette magistrature domestique et universelle, n'est pas seulement un gradué, n'est pas seulement un savant, mais que, de plus, c'est un honnête homme.

Tel est l'esprit dans lequel est rédigée la législation nouvelle : il se retrouve dans toutes les parties de la loi ; il est applicable, à des degrés différents, à toutes les parties du service dont nous voulons organiser l'enseignement et la pratique. Nous sommes assurés que la noble chambre s'associera, sous ce rapport, à nos vues; car, outre que cette manière de comprendre la tâche du législateur dans cette matière est fondée sur un sentiment vrai des choses, les pairs du royaume savent comme nous que le plus sûr moyen d'élever les hommes et les professions, c'est de les estimer.

(La suite au prochain numéro.)

II. — *Projet de loi.*

LOUIS-PHILIPPE, Roi des Français,

A tous présents et à venir, salut.

Nous avons ordonné et ordonnons que le projet de loi dont la teneur suit soit présenté en notre nom à la chambre des pairs, par notre ministre secrétaire d'Etat au département de l'instruction publique, que nous chargeons d'en exposer les motifs et d'en soutenir la discussion.

Titre Ier. — *Condition d'exercice de la médecine.*

Art. 1er. Nul n'exerce la médecine en France s'il n'est pourvu d'un diplôme régulier de docteur en médecine, et s'il ne l'a fait enregistrer au secrétariat de l'académie de son domicile et au parquet de la cour royale, qui donnent acte du dépôt.

Nul n'est reçu docteur en médecine devant les facultés françaises s'il n'est bachelier ès lettres, bachelier ès sciences, et pourvu des titres médicaux déterminés au titre II de la présente loi.

Tout français pourvu du diplôme de docteur devant une faculté française, et l'ayant fait enregistrer comme il est dit plus haut, exerce librement dans tout le royaume, et porte le titre de médecin ou de chirurgien. Quiconque prendra l'un de ces titres sans avoir rempli les formalités et conditions ci-dessus, ou celui de docteur sans en être régulièrement pourvu, sera puni

correctionnellement d'un emprisonnement de six mois à deux ans. La récidive sera punie d'un emprisonnement de deux ans à cinq ans.

Art. 2. Le Français et l'étranger reçus docteurs à l'étranger ne peuvent exercer en France qu'en vertu d'une autorisation du roi, qui ne sera accordée, à l'avenir, qu'après une déclaration d'équivalence des grades et diplômes, délibérée en conseil royal de l'Université, et qui devra être enregistrée conformément aux dispositions du premier paragraphe de l'art 1er.

A l'égard de l'étranger, l'autorisation est toujours révocable, et elle peut être limitée :

Soit à un département ou un arrondissement,

Soit aux compatriotes de l'impétrant.

Celui qui l'a obtenue ne prend d'autres titres que ceux de docteur de l'université de....., et de médecin ou de chirurgien (étranger).

L'étranger pourra se présenter aux épreuves de grades devant les facultés françaises, après une déclaration d'équivalence des études scientifiques, littéraires et médicales, délibérée en conseil royal de l'Université, avec remise partielle ou totale soit des inscriptions, soit des épreuves autres que celles du doctorat. Les docteurs ainsi reçus participent à tous les droits réglés par l'art. 1er sous les conditions déterminées au dit article.

Le Français qui aura étudié à l'étranger pourra se présenter aux épreuves de grades aux mêmes conditions, s'il a étudié à l'étranger avec l'autorisation du roi.

Tout exercice de la médecine ou d'une branche de la médecine, contrairement aux dispositions du présent article, sera puni des peines portées en l'art. 1er.

Art. 3. Les officiers de santé, régulièrement reçus conformément au titre III de la loi du 10 mars 1803 (19 ventôse an XI), continuent à exercer la médecine aux conditions et dans les termes de leur commission. Ils ne peuvent prendre un autre titre que celui d'officiers de santé, sous les peines portées aux articles précédents

Les officiers de santé, pourvus du baccalauréat ès lettres et du baccalauréat ès sciences, sont autorisés à se présenter au doctorat en faisant compter chaque année d'exercice antérieur pour six mois d'études.

Art. 4. Dans le délai d'un an après la promulgation de la présente loi, une ordonnance du roi portant réglement d'administration publique déterminera les conditions de l'exercice provisoire ou du maintien définitif des professions spéciales relatives

à la pratique de l'une des branches de la médecine. L'exercice de celles de ces professions qui ne sont pas comprises dans les dispositions de la présente loi, ou qui ne le seraient pas dans ledit règlement, sera interdit, dans le même délai, sous les peines portées aux articles précédents.

Il sera statué dans les mêmes formes sur tous les changements que pourra nécessiter l'enseignement des élèves sages-femmes, et l'exercice de la profession des sages-femmes, avec application des peines ci-dessus aux délais qui seront définis dans ledit règlement d'administration publique.

Art. 5. Quiconque exercera la médecine ou l'une des branches de la médecine, sous quelque dénomination que ce puisse être, sans l'accomplissement préalable des conditions prescrites aux articles précédents ou au règlement d'administration publique déterminé ci-dessus ;

Quiconque prendra indûment un titre indiquant l'aptitude à exercer l'une des branches de la médecine, ou prendra un titre médical non reconnu par la présente loi ou par ledit règlement,

Sera coupable d'exercice illégal de la médecine, et, en conséquence, sera puni correctionnellement des peines déterminées en l'art. 1er.

Art. 6. Les professions médicales sont incompatibles avec celle de pharmacien. Toute contravention à cette disposition, toute association publique ou secrète de l'un de ceux qu'elle concerne avec des parmaciens, est passible des peines portées en l'art. 1er.

Néanmoins, tout praticien exerçant dans des lieux où il n'y a point de pharmacie à une distance de 4 kilomètres, pourra tenir des médicaments sous la condition de les prendre dans une officine régulièrement établie dont ils porteront l'étiquette, et de se soumettre à toutes les lois et à tous les règlements qui régissent ou régiraient la pharmacie, à l'exception de la patente.

Art. 7. Sont incapables d'exercer la médecine, ni aucune des branches de la médecine :

1° Les condamnés à des peines afflictives ou infamantes ;

2° Ceux qui auront été condamnés correctionnellement pour faits prévus par les sections 1 et 2 du chapitre Ier du titre II du Code pénal, par les art. 330 à 334 de la section 4 du même chapitre, par la section 6, par le paragraphe 1er de la section 7, par l'art. 78 du paragraphe 2 de la même section, par la section 1re du chapitre II, par les paragraphes 1 et 2 de la section 2 du même chapitre, par les art. 41 et 45 de la loi du 22 mars 1832 sur le recrutement ;

3° Ceux qui auront été privés par jugement de tout ou partie

des droits civiques et de famille mentionnés aux paragraphes 3, 5, 6 et 8 de l'art. 42 du Code pénal.

Les tribunaux peuvent, en outre, prononcer cette incapacité, à la suite de toute condamnation correctionnelle.

Quiconque exercera, nonobstant ladite incapacité, l'une des professions régies par la présente loi, ou par le règlement d'administration publique ci-dessus prévu, sera puni correctionnellement du maximum des peines portées en l'art. 1er.

Titre II. — *Conditions d'études.*

Art. 8. L'enseignement médical est donné par les écoles préparatoires et par les facultés de médecine. Il comprend les mêmes grades que les autres ordres de facultés.

Le baccalauréat en médecine est conféré aux mêmes conditions et à titre égal par les écoles préparatoires ou par les facultés.

La licence et le doctorat en médecine sont conférés exclusivement par les facultés.

Il est délivré aux impétrants pour les trois grades, au terme de leurs études, un seul et même diplôme.

Art. 9. La durée des études pour le baccalauréat est de deux années.

La durée totale des études pour la licence est de quatre années.

La durée totale des études pour le doctorat est de cinq années, non compris le temps des épreuves, lesquelles ne peuvent être soutenues qu'après le dernier trimestre.

Art. 10. Les règlements particuliers, délibérés en conseil royal de l'université, statuent sur tout ce qui concerne les inscriptions dans les écoles préparatoires et dans les facultés. Ils déterminent les rapports de ces inscriptions avec les études faites dans les hôpitaux, ainsi que la durée des internats obligatoires. Ils déterminent également l'époque, le nombre, la forme et la matière des épreuves probatoires de toute nature pendant le cours et à la fin des études.

Le prix des inscriptions, examens et diplômes, peut être modifié par lesdits règlements. Toutefois le prix total ne pourra excéder celui des études et thèses nécessaires pour la profession d'avocat.

Art. 11. Nul n'est admis à prendre sa première inscription en médecine, soit dans les facultés, soit dans les écoles préparatoires, s'il n'est bachelier ès lettres. Les élèves, qui auront échoué dans les épreuves du baccalauréat, pourront être autorisés à pren-

dre provisoirement la première inscription jusqu'à de nouvelles épreuves. Lesdits élèves ne sont admis, en aucun cas, à prendre la deuxième inscription, s'ils n'ont justifié effectivement du baccalauréat ès lettres.

Nul n'est admis à prendre la cinquième inscription dans une faculté, ou dans une école préparatoire placée au siége d'une faculté des sciences, s'il n'est bachelier ès sciences. Les élèves auxquels auront été applicables les dispositions du paragraphe précédent sont autorisés à ne justifier dudit baccalauréat qu'avant leur neuvième inscription. Les élèves qui ont étudié près les écoles préparatoires ou les hôpitaux dans les villes dépourvues de facultés des sciences, sont autorisés à ne justifier du baccalauréat ès sciences que dans le délai d'un an, à dater de leur inscription dans la faculté.

Art. 15. Les aspirants aux grades médicaux, qui, à l'époque de la présente loi, justifieront de deux années d'études dans les hôpitaux, seront recevables à faire compter pour quatre inscriptions ledit temps d'études, s'ils sont pourvus du baccalauréat ès lettres. La faculté, après examen, pourra proposer au ministre de leur accorder les huit inscriptions.

Les aspirants au titre d'officier de santé, qui, à l'époque susdite, justifieront devant les préfets des départements de deux années d'études, seront recevables, quand ces études seront terminées conformément à la loi du 17 mars 1803, (19 ventôse an XI), à se présenter devant l'école préparatoire ou devant la faculté compétente, pour y obtenir, s'il y a lieu, une commission d'officier de santé.

Lorsque lesdits aspirants au titre d'officier de santé seront bacheliers ès sciences et ès lettres, ils pourront se présenter aux épreuves du doctorat devant les facultés, sans justifier des inscriptions exigées par la présente loi.

TITRE III. — *Enseignement de la médecine.*

Art. 13. L'enseignement des facultés comprend toutes les parties des études médicales.

L'enseignement des écoles préparatoires comprend les deux premières années d'études. A l'égard de ces deux années, il est aussi complet que celui des facultés.

Le programme de l'enseignement, la suite et la répartition des études, soit dans les facultés, soit dans les écoles préparatoires, sont déterminés par les règlements particuliers délibérés en conseil royal de l'Université.

Le ministre de l'instruction publique peut toujours autoriser

les dédoublements de cours, les cours auxiliaires ou accessoires qu'il reconnaîtra utiles, en conseil royal de l'université.

Les écoles préparatoires seront mises successivement à la charge de l'Etat; le matériel et les collections resteront à la charge des communes. Il sera statué sur les mesures nécessaires pour établir le nouveau régime soit par des lois spéciales, soit par des lois de finances.

Art. 14. Les facultés se composent de professeurs et d'agrégés.

Les écoles préparatoires se composent de professeurs et d'agrégés des facultés, de suppléants spéciaux qui ont le rang des agrégés de l'instruction secondaire, et remplissent dans les écoles toutes les fonctions des agrégés près les facultés.

Art. 15. Le nombre des emplois d'agrégés institués près chaque faculté, ou des emplois de suppléants établis, s'il y a lieu, près des écoles préparatoires, sera déterminé par des règlements particuliers délibérés en conseil royal de l'Université. Il ne peut excéder celui des professeurs.

Les agrégés sont tenus de remplir toutes les fonctions qui leur sont attribuées par lesdits règlements dans l'intérêt de la discipline et des études; ils pourvoient aux dédoublements provisoires ou permanents des cours; ils font les cours auxiliaires et répétitions officielles qui peuvent être prescrits; ils ouvrent, dans la faculté ou dans l'école, des cours accessoires, en se conformant, pour la répartition des heures, aux décisions du doyen, et pour le programme, aux délibérations de la faculté, avec droit de recours au ministre en conseil royal.

Art. 16. Les agrégés sont nommés pour dix ans. Après ce temps, ils sont dégagés de leurs obligations.

Les agrégés libres restent membres de l'université, et conservent les droits déterminés par l'art. 17. Ils cessent de recevoir le traitement de l'agrégation, à moins qu'ils ne se soient fixés près une école préparatoire et n'aient été admis à y faire le même service qu'auprès des facultés.

Les agrégés titulaires peuvent toujours, dans le cours des dix années de leur service, s'établir près les écoles préparatoires en y continuant le service qu'ils devraient aux facultés.

Art. 17. Les professeurs des facultés, les professeurs des écoles préparatoires, les agrégés des facultés et suppléants des écoles sont nommés au concours et institués par le ministre de l'instruction publique.

Nul n'est admis à concourir pour l'agrégation ou pour les suppléances près les écoles préparatoires, s'il n'est Français, docteur en médecine et âgé de vingt-cinq ans.

Nul n'est admis à concourir pour les chaires de professeurs vacantes dans les facultés, s'il n'est agrégé en médecine, ou professeur des écoles préparatoires, à moins qu'il ne soit membre de l'Institut, membre de l'Académie royale de medecine, ou médecin en chef d'hôpital des villes chefs-lieux de département ou des villes de 20,000 âmes.

Nul n'est admis à concourir pour les places de professeur vacantes dans les écoles préparatoires, s'il n'est agrégé en médecine, ou suppléant auxdites écoles, à moins qu'il ne soit correspondant de l'Institut, ou médecin en chef d'hôpital des villes chefs-lieux d'arrondissement.

Les candidats aux chaires de pharmacie et chimie, de physique, de toxicologie et d'histoire naturelle médicale dans les facultés, doivent être licenciés ès sciences naturelles.

Les professeurs et agrégés des facultés des sciences sont admis de plein droit à concourir pour lesdites chaires.

Les candidats à la chaire de pharmacie, dans les facultés et dans les écoles préparatoires, doivent en outre justifier du diplôme de pharmacien.

Art. 18. Les concours pour les chaires vacantes dans les facultés ont lieu au siége des facultés. Le ministre de l'instruction publique peut les fixer à Paris.

Les concours pour les chaires vacantes dans les écoles préparatoires ont lieu au siége de ces écoles. Le ministre peut les fixer au siége des facultés.

Les concours pour les suppléances ont lieu au siége des écoles préparatoires.

Art. 19. Le concours pour les chaires de professeur vacantes, soit dans les facultés, soit dans les écoles préparatoires, porte spécialement sur les matières de l'enseignement auquel il doit être pourvu.

Le concours pour l'agrégation porte sur toutes les matières qui seront déterminées par des règlements particuliers, délibérés en conseil royal de l'université.

Pour les concours de tout ordre, les règlements particuliers, publiés au moins trois mois à l'avance, détermineront le nombre des places mises au concours, et, quand il y aura lieu, feront connaître les conditions spéciales du concours.

La liste des candidats est arrêtée par le ministre de l'instruction publique, en conseil royal de l'Université.

La vérification de la régularité des nominations a lieu également en conseil royal de l'Université.

Art. 20. Le jury de concours pour les chaires vacantes dans une faculté se compose :

1° Des professeurs de la faculté ;

2° De membres adjoints, en nombre inférieur à celui des professeurs, désignés préalablement par le ministre de l'instruction publique dans l'Institut, l'Académie royale de médecine, les autres facultés de médecine, les facultés des sciences, les écoles supérieures de pharmacie.

Le jury de concours pour les chaires vacantes dans les écoles préparatoires se compose de trois professeurs ou agrégés de la faculté la plus voisine, de trois professeurs de l'école et de trois autres membres désignés par le ministre dans l'ordre de la médecine ou des sciences.

Le ministre nomme le président.

Le jury de concours pour l'agrégation se compose de professeurs choisis dans les trois facultés.

Le ministre nomme le président des jurys.

Art. 21. Toute permutation de chaire entre les professeurs, dans le sein d'une faculté ou d'une école préparatoire, peut être autorisée, après délibération de l'école ou de la faculté, par le ministre de l'instruction publique en conseil royal de l'université.

Toute permutation de chaire d'une faculté de département à une autre faculté de département, et d'une école préparatoire à une autre école préparatoire, peut être autorisée dans la même forme, les deux facultés ou les deux écoles entendues.

En cas de vacance dans une faculté du département ou dans une école préparatoire, le ministre, après délibération de la faculté ou de l'école à laquelle appartient la chaire vacante, peut décider, en conseil royal de l'université, qu'il y a lieu d'y appeler un professeur d'une autre école ou d'une autre faculté.

En cas de vacance dans la faculté de Paris, le ministre, sur le rapport des inspecteurs généraux, peut appeler un professeur d'une autre faculté de médecine, à la demande ou après délibération de la faculté de Paris, le conseil royal entendu. Il peut, dans les mêmes formes, appeler aux chaires de chimie, d'histoire naturelle, de botanique, un professeur des facultés des sciences.

Toutefois, et quelle que soit l'application des dispositions précédentes, il y aura nécessairement deux chaires au moins données au concours sur trois vacances, dans toutes les écoles et dans toutes les facultés du royaume.

Art. 22. Les cours de clinique doivent embrasser l'année sco-

laire. Les rapports des administrations des hôpitaux avec l'enseignement public seront déterminés par une ordonnance du roi portant règlement d'administration publique.

Art. 23. Il devra être établi auprès de chaque faculté un laboratoire de chimie pathologique et de micrographie où les professeurs de clinique puissent faire exécuter, de concert avec le professeur de chimie, toutes les analyses et recherches nécessaires dans l'intérêt des malades et dans celui de la science. De semblables laboratoires seront établis successivement dans les écoles préparatoires.

Art. 24. Le ministre de l'instruction publique peut toujours, après délibération de la faculté ou de l'assemblée des professeurs de l'école préparatoire, donner un suppléant aux professeurs âgés de soixante-cinq ans ou infirmes, soit sur leur demande, soit sur celle des inspecteurs généraux ou des doyens.

Le professeur conserve son traitement : il peut siéger, jusqu'à délibération et avis contraire de la faculté, dans les jurys d'examen et de concours. L'agrégé suppléant reçoit un traitement égal aux deux tiers du traitement du professeur. Il fait le cours au nom du professeur titulaire et sous son autorité.

Titre IV. — *Élèves boursiers et médecins cantonnaux.*

Art. 25. Il pourra être créé, dans les écoles préparatoires et dans les facultés, par l'État, par les départements ou par les communes, sous la condition de se vouer, pendant dix ans, à la pratique de la médecine dans les départements ou dans les cantons qui seront déterminés à l'époque de l'engagement, des bourses attribuées à des boursiers des colléges royaux ou communaux qui se sont distingués dans leurs études ; à des fils ou neveux de militaires ou autres serviteurs de l'État sans fortune et remplissant la même condition ; à des bacheliers ayant obtenu des succès hors ligne dans leurs classes, et également sans fortune.

Les règlements détermineront tout ce qui concerne la nature, le régime et la perte desdites bourses, ainsi que leur répartition entre les facultés et les écoles préparatoires.

Les boursiers promus au doctorat, qui manqueraient aux conditions de leur engagement, seraient déclarés par les tribunaux incapables d'exercer la médecine, sous les peines prévues en l'art. 1er.

Art. 26. Il pourra être institué, dans chaque canton, un ou plusieurs médecins cantonnaux chargés de visiter les indigents, de porter secours aux malades atteints par les épidémies, de

remplir toutes les fonctions de médecine légale administratives ou judiciaires qui leur seraient régulièrement déférées, de transmettre aux conseils médicaux établis ci-dessous ou aux ministres compétents, les faits et documents propres à servir les intérêts de la science et ceux de l'hygiène publique.

Art. 27. Les médecins cantonnaux seront à la nomination des préfets. Ils seront nommés pour cinq ans. Ils pourront être continués.

Leur nombre et leur répartition seront déterminés par les préfets, les conseils genéraux entendus.

Il sera statué par une loi spéciale sur leur traitement,

TITRE V. — *Enseignement de la pharmacie et conditions d'études.*

Art. 28. L'enseignement de la pharmacie est donné par les écoles préparatoires de médecine, lesquelles portent le titre d'écoles préparatoires de médecine et de pharmacie, et par les écoles supérieures de pharmacie.

Les écoles supérieures de pharmacie délivrent seules le diplôme de pharmacien. Elles sont composées de professeurs et d'agrégés.

L'organisation des agrégés de pharmacie est celle des agrégés des facultés de médecine. Ils prennent rang immédiatement après ces derniers, et remplissent dans les écoles supérieures les mêmes fonctions.

Art. 29. Les professeurs et agrégés des écoles supérieures de pharmacie sont nommés au concours et institués par le ministre de l'instruction publique.

Le jury de concours pour l'agrégation est composé de professeurs des écoles supérieures désignés par le ministre. Il peut y être adjoint des professeurs des facultés de médecine et des facultés des sciences.

Le jury pour les chaires vacantes est composé :

1° Des professeurs de l'école ;

2° De membres adjoints, en nombre inférieur à celui des professeurs, désignés par le ministre de l'instruction publique parmi les professeurs des facultés de médecine ou des sciences, les membres et correspondants de l'Institut, les membres de l'Académie royale de médecine.

Le ministre nomme le président.

Art. 30. Nul n'est admis à concourir à l'agrégation de pharmacie, s'il n'est Français, âgé de vingt-cinq ans et pourvu du diplôme de pharmacien et de celui de licencié ès sciences physiques et naturelles.

Nul n'est admis à concourir aux chaires vacantes dans les écoles supérieures, s'il n'est agrégé de pharmacie ou professeur des écoles préparatoires, à moins qu'il ne soit membre de l'Institut, membre de l'Académie royale de médecine, ou pharmacien en chef des hôpitaux déterminés en l'art. 17.

Art. 31. Les études, pour obtenir le diplôme de pharmacien, durent six années.

Les six années se composent :

Soit de quatre années de stage officinal dûment constatées, et de deux années de cours dans une école supérieure;

Soit de trois années de stage officinal et de trois années de cours, dont les deux dernières au moins doivent être suivies dans une école supérienre. Ces dispositions peuvent être modifiées par des règlements particuliers délibérés en conseil royal de l'université.

Art. 32. Nul ne peut être admis à prendre des inscriptions dans une école préparatoire ou supérieure, s'il n'est bachelier ès lettres.

Le nombre, le prix et le régime des inscriptions, la matière et le nombre des épreuves probatoires, sont déterminés par les règlements particuliers prévus ci-dessus.

Art. 33. Les examens de fin d'année sont faits, dans les écoles supérieures, par un professeur et deux agrégés, et dans les écoles préparatoires par deux professeurs et un agrégé ou suppléant.

Les examens pour la réception des pharmaciens ont lieu, dans les écoles supérieures, par un professeur et deux agrégés, et dans les écoles préparatoires par deux professeurs et un agrégé ou suppléant.

Art. 34. Les pharmaciens étrangers peuvent être autorisés par le roi à exercer la pharmacie en France après une déclaration d'équivalence de leurs études et diplômes, arrêtée par le ministre de l'instruction publique en conseil royal de l'université.

Ils peuvent aussi, en vertu de ladite déclaration, sur l'autorisation du ministre de l'instruction publique, se présenter aux épreuves devant les écoles supérieures, avec ou sans justification de tout ou partie du stage et des inscriptions, pour obtenir un diplôme régulier.

Art. 35. Les pharmaciens reçus antérieurement par les jurys, qui voudraient à l'avenir être reconnus pharmaciens de première classe, seront autorisés à soutenir les épreuves devant les écoles supérieures, sans autre justification que celle du diplôme de bachelier ès lettres.

Art. 36. Les aspirants au titre de pharmacien de seconde classe qui, à l'époque de la promulgation de la présente loi ou à l'expiration de l'année scolaire suivante, rempliraient les conditions actuellement exigées pour soutenir les épreuves devant les jurys médicaux, seront admis aux examens devant les écoles supérieures ou devant les écoles préparatoires, sans autres frais que ceux qui auraient été exigés pour la réception devant les jurys médicaux.

Ceux de ces aspirants qui, à la même époque, justifieront de six ou sept années de stage officinal, ne seront tenus de suivre les cours mentionnés à l'art. 41 que pendant un an.

Ceux qui, lors de la promulgation de la présente loi, justifieraient de quatre années de stage officinal ou de deux années de stage et d'une année de cours, pourront encore être reçus pharmaciens de deuxième classe par les écoles préparatoires de médecine et de pharmacie, dès qu'ils auront complété le temps d'études, actuellement exigé pour se présenter aux examens de pharmaciens de cet ordre.

Ceux qui seraient déjà en cours d'examen, et qui auraient été ajournés, pourront continuer à soutenir leurs épreuves devant les écoles préparatoires pendant le laps d'une année. L'ajournement pourra s'étendre à trois mois, six mois, ou un an au delà de cette époque, suivant l'appréciation faite par les juges du mérite du candidat.

Art. 37. Le Codex ou formulaire, contenant les préparations qui devront être tenues par les pharmaciens, sera revu tous les trois ans par les facultés de médecine, par les écoles supérieures de pharmacie et par l'Académie royale de médecine, qui transmettront leurs propositions au ministre de l'instruction publique. Le ministre en saisira une commission compétente, et procédera à une nouvelle publication en conseil royal de l'Université, si l'intérêt de la science et les besoins de la médecine le réclament.

Le Codex sera publié par les ordres du gouvernement et sous son autorité.

Titre VI. *Des conseils médicauxx.*

Art. 38. Les jurys médicaux sont supprimés : les conseils médicaux seront institués dans chaque département, et, s'il y a lieu, dans les arrondissements, par le ministre de l'instruction publique, qui les composera, en nombre proportionné aux besoins du service, de deux tiers de médecins et d'un tiers de pharmaciens nommés pour cinq ans.

Art. 39. Les conseils médicaux, dans les départements qui

n'ont point de facultés ou d'écoles préparatoires, remplissent, par ceux de leurs membres que le préfet désigne quand le ministre n'envoie point des délégués spéciaux, les fonctions attribuées aux jurys médicaux pour la visite des officines de pharmacie.

Les conseils reçoivent et vérifient l'acte de dépôt prescrit par l'art. 1er.

Ils dressent la liste des praticiens ainsi vérifiés, et l'adressent pour la publication aux autorités compétentes; ils notifient également aux autorités administratives et judiciaires l'état des personnes qui, dans le département, exerceraient une des prosessions relatives à l'art de guérir sans titre légal;

Ils exercent les attributions qui leur sont données par les lois et règlements, relativement au stage des élèves dans les officines, ou, s'il y a lieu, dans les hôpitaux;

Ils exécutent toutes les mesures de police médicale et toutes les fonctions de médecine légale qui leur seraient déférées par la justice;

Ils réunissent et ordonnent tous les documents relatifs à la topographie, à la statistique médicale et à l'hygiène du département, et adressent régulièrement ces travaux au ministre de l'instruction publique;

Ils exécutent toutes les missions scientifiques ou médicales qui leur sont confiées par l'autorité, dans l'intérêt des études médicales et de la santé publique.

Art. 40. La loi du 10 mars 1803 (19 ventôse an XI) est et demeure abrogée.

Fait au palais des Tuileries, le 15 février 1847.

LOUIS-PHILIPPE

Par le roi :

Le ministre secrétaire d'Etat au département de l'instruction publique, grand maître de l'Université,

SALVANDY.

MÉLANGES.

56. *Nouveau procédé pour l'amputation de la verge.*

(Gazette des Hôpitaux, N° 152, 1846.)

M. Rizzoli a publié dans les journaux italiens le procédé suivant pour l'amputation de la verge.

L'un des plus désagréables et des plus fâcheux accidents qui accompagnent l'amputation de la verge, est l'impossibilité de retrouver l'urètre une fois que la section du membre a été faite. Quelle que soit la cause de cette difficulté, elle n'en est pas moins réelle, ainsi que le prouvent les exemples de Béclard, de M. Gimelle, etc. Le procédé de M. Barthélemy, qui place une sonde flexible dans le canal avant l'opération, suffit, il est vrai, pour prévenir tout danger. Néanmoins celui que propose aujourd'hui M. Rizzoli mérite aussi d'être connu ; car il pourrait se présenter tel cas, où l'introduction de la sonde serait rendue impossible par suite de l'altération des parois du canal.

La surabondance de peau étant l'une des causes qui viennent mettre obstacle à ce qu'on découvre aisément l'urètre, M. Rizzoli commence par formuler ce précepte (du reste généralement admis à présent) qu'il faut dans l'amputation laisser aux téguments leur longueur naturelle. Il se contente donc de faire tendre la peau en tirant lui-même vers le pubis celle qui recouvre le dos de l'organe, et en confiant à un aide le soin de tirer en sens inverse, c'est-à-dire du côté du gland, celle qui est en bas en rapport avec l'urètre. Cela fait, il porte le bistouri sur la partie inférieure, et le dirige obliquement de bas en haut et d'arrière en avant, de manière à couper le canal de l'urètre en bec de flûte. Puis, une fois sa section terminée, il change la direction de l'instrument et achève de couper la verge en divisant perpendiculairement les corps caverneux. On comprend que le bistouri n'abandonnant point la partie, cette modification allonge à peine l'opération d'un seul instant.

Les téguments, ainsi coupés, se trouvent ensuite être conservés de telle sorte, qu'en haut ils recouvrent les corps caverneux sans masquer en bas l'urètre. Celui-ci, étant d'ailleurs divisé obliquement, offre une surface de section tellement large, qu'il est impossible de ne pas le reconnaître au premier coup d'œil.

M. Rizzoli a opéré en février 1844, par ce procédé, un homme âgé de soixante-deux ans, qui portait un cancer ayant envahi la presque totalité du membre viril. L'urine trouva un passage tellement libre, qu'il n'y eut besoin d'y introduire ni sonde ni bougie. La cicatrice était formée dès le sixième jour, et la guérison fut parfaite.

TABLE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE 174e VOLUME.

8e SÉRIE, TOME II. — FÉVRIER 1847.

ARCHIVES DE LA MÉDECINE BELGE.

Remarques sur quelques établissements d'aliénés de la Belgique; par M. *Brierre*. 61

L'esprit de la médecine ancienne et nouvelle comparées; par le docteur *Rucco*. (Analyse du docteur Dugniolle, de Bruxelles.) 81

Notice sur l'emploi de la vapeur d'éther, comme moyen d'anéantir la douleur pendant les opérations chirurgicales; par *I. Alex*. 87

Observation d'un kyste fibro-osseux, développé sur le maxillaire; ablation; guérison; par le docteur *Van Zetti*. 99

Sur un nouveau procédé pour obtenir le rapprochement des lambeaux dans les cas de bec-de-lièvre double avec écartement des os maxillaires; par le docteur *Ch. Phillips*. 101

Séance du 29 novembre 1846.

Extrait du bulletin de l'Académie royale de médecine. 106

Observations météorologiques faites à l'Observatoire royal de Bruxelles, pendant le mois de novembre 1846. 119

REPRODUCTION ET REVUE DES JOURNAUX ÉTRANGERS.

II. HYGIÈNE, DIÉTÉTIQUE, PHARMACOLOGIE ET TOXICOLOGIE.

TOXICOLOGIE. — 1. Notice sur les principaux contre-poisons et sur la thérapeutique des empoisonnements; par M. *Bouchardat*. 1

III. ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE.

PHYSIOLOGIE. — 2. Du lieu où s'opère la fécondation chez l'espèce humaine et les mammifères; par M. *Coste*. 15

IV. PATHOLOGIE, THÉRAPEUTIQUE ET CLINIQUE MÉDICALES.

PATHOLOGIE INTERNE. — 3. Recherches cliniques sur la phlébite, spécialement sur celle dite spontanée; par *C. Forget*. 19

4. Des moyens de remédier à plusieurs infirmités des doigts de la main droite et notamment à la crampe des écrivains. 32

5. Du traitement de l'albuminurie ou néphrite albumineuse, par l'acide nitrique; par M. *Forget*. 34

6. Considérations sur une forme de névralgie lombo-abdominale simulant une maladie de l'utérus, et sur son traitement. 43

7. Thérapeutique des maladies de la peau; pratique de M. *A. Devergie*. 53

21. Sur la modification de la voix et de la respiration dans l'épanchement pleurétique; par M. *J. B. S. Jackson*. 213

24. Observation d'apoplexie du cervelet; par le docteur *Adams*. 218

25. Observation d'anévrysme disséquant du cœur; par le docteur *Tod*. 219

26. Observation de perforation de l'estomac au niveau de la petite courbure, ouverte dans un sac anormal formé par des adhérences anciennes de l'épiploon et renfermant l'estomac et le foie; par le docteur *Stokes*. 221

27. Observation d'ictère produit par une tumeur fongueuse du canal

cholédoque ; dilatation des canaux biliaires dans le foie ; par le docteur *Stokes*. 222
28. Observation d'abcès du cœur ; par le docteur *T. Howitt*. 223
29. Observation d'hématémèse causée par la rupture d'une des branches cardiaques de l'artère coronaire de l'estomac ; par le docteur *Sunnan*. 224
30. Observation d'une énorme hypertrophie de la rate et du foie coïncidant avec une dilatation de tous les vaisseaux sanguins et une altération particulière du sang ; par le docteur *H. W. Fuller*. 225
31. Sur les analogies et les caractères distinctifs des fièvres typhoïdes et typhus fever ; par le docteur *Ch. Ritchie*. 227
32. Sur une épidémie de méningites cérébro-spinales, qui a règné dans les maisons de travail et dans quelques-uns des hôpitaux de Dublin ; par le docteur *Robert Mayne*. 230
34. Observation d'hémoptysie dans la pneumonie, chez deux jeunes enfants ; par le docteur *Morris*. 234
THÉRAPEUTIQUE. — 8. Recherches sur la saponine et sur les propriétés des plantes qui renferment ce principe. 58
9. Recherches et expériences sur l'inhalation de l'éther sulfurique. 61
10. Du rôle que joue le sulfure d'antimoine dans certaines préparations pharmaceutiques, et notamment dans la tisane de Feltz. 70
11. Sur l'emploi du phosphate d'ammoniaque dans le traitement de la goutte et du rhumatisme ; par *T. H. Buckler*. 73
35. Observation de revaccination suivie d'accidents graves ; par le docteur *Henry Kennedy*. 235
36. Sur l'efficacité et le mode d'administration de l'atropine et de la belladone ; par le docteur *W. R. Wilde*. 238
37. Sur l'emploi de l'essence de térébenthine à haute dose dans le traitement du purpura hæmorrhagica ; par le docteur *J. Moore Neligan*. 239
38. Sur l'emploi des préparations d'iode ; par le docteur *Mojs'sicovics*. 240
39. De l'efficacité du turbith minéral dans certaines maladies ; par le docteur *Hubbard*. 243
40. Influence bienfaisante de la musique dans un cas de catalepsie ; par le docteur *Bloodgood*. 246
23. Nouveau remède contre la str ngurie ; par M. *Gordon*. 217

V. ACCOUCHEMENTS, MALADIES DES FEMMES ET DES ENFANTS.

ACCOUCHEMENTS. — 12. Considérations sur l'incision du col de la matrice dans l'accouchement ; par M. *Nichet*. 83
41. Embryotomie et nouvelle méthode de version dans un cas d'accouchement ; par M. *Pluskal*. 247
42. Observation d'apoplexie utéro-placentaire qui a nécessité la provocation de l'accouchement prématuré ; par le docteur *Edwards*. 248
43. Observation d'abcès de l'ovaire ouvert spontanément à l'extérieur ; sortie d'une mèche de cheveux, etc. ; par le docteur *Montgomery*. 249
MALADIES DES FEMMES. — 13. Quelques considérations sur la cautérisation des ulcères non cancéreux du col de la matrice et sur l'application du speculum uteri ; par M. *J. Lisfranc*. 89
45. Observation d'excision complète de l'urètre pratiquée avec succès chez une femme, pour une tumeur fongueuse de ce canal ; par le professeur *Riberi*. 252
22. De la contagion de la fièvre puerpérale ; par le docteur *Samuel Kneeland*. 215
MALADIES DES ENFANTS. — 14. Des polypes du rectum et de la fissure à l'anus chez les enfants ; par M. *Perrin*. 97
33. De la fièvre intermittente chez les enfants nouveau-nés ; par le docteur *Petzold*. 232
47. Observation de fissures congéniales du cou chez l'enfant et chez l'adulte ; par le professeur *Allen Thompson*. 256

54. Observation d'opacité congéniale de la cornée disparaissant graduellement ; par le docteur *P. W. Maclagan*. 264

VI. CHIRURGIE, ORTHOPÉDIE ET OPHTHALMOLOGIE.

PATHOLOGIE EXTERNE. — 15. Mémoire sur les exostoses et sur les opérations qui leur conviennent ; par M. *Roux*. 104
46. Sur les plaies du cou dans le cas de suicide ; par le docteur *A. M. Mac Winnie*. 254
48. Observation de destruction d'une grande partie du cerveau à la suite d'une plaie par arme à feu, n'ayant entraîné la mort que plus d'un mois après ; par le docteur *Forman*. 258
53. Anévrisme de l'artère basilaire ; par M. *Ruschenberger*. 263
MÉDECINE OPÉRATOIRE. — 16. Des cas auxquels l'opération de la gastro-stomie est applicable ; par M. le professeur *Sédillot*. 112
17. Sur la hernie traumatique du testicule, compliquée d'adhérences, et sur les indications qu'elle présente ; par M. *Malgaigne*. 124
18. Sur les amputations doubles simultanées ; observation et réflexions ; par le docteur *Brouzet*. 134
44. Observations de maladie du cerveau consécutive à la ligature de la carotide primitive ; par le docteur *John P. Vincent*. 250
49. Observation de laryngotomie pratiquée avec succès dans un cas d'œdème de la glotte ; par le docteur *W. Lawrence*. 259
50. Observation de névrôme du nerf tibial postérieur donnant lieu à des accidents névralgiques ; extirpation ; guérison ; par le docteur *Gay*. 260
51. Observation de hernie congéniale étranglée de six semaines ; opération, guérison ; par le docteur *James Long*. 261
52. Complément d'une observation d'ablation de dix-sept pouces d'intestin, suivie de guérison ; par le docteur *Brigham*. 261
56. Nouveau procédé pour l'amputation de la verge. 289

VII. PHRÉNOLOGIE, MALADIES MENTALES.

MALADIES MENTALES. — 19. De l'alimentation forcée des aliénés ; par M. *Baillarger*. 142

IX. MALADIES SYPHILITIQUES.

20. Traitement de la blennorrhagie chez la femme. — Hôpital du Midi. — M. *Ricord*. 161

SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE royale des sciences de Paris. (Séances des 18, 25 janvier et 1er février.) Fonctions des nerfs pneumo-gastriques dans la digestion. 171. — Existence et rôle de la créatine dans l'organisme. 173 — Ether sulfurique. 175. — Recherches sur le péritoine de l'homme. — Mal de mer. 179. — Traitement du mal de mer. — Effets des inhalations d'éther. 181. — Observations faites sur des opérés. 184. — Inhalations d'éther. 188.
ACADÉMIE royale de médecine de Paris. (Séances des 19, 26 janvier et 2 février.) — Inhalation d'éther. 205.

POLICE MÉDICALE.

55. Projet de loi sur l'enseignement et l'exercice de la médecine. 265

TABLE

DES MATIÈRES PAR ORDRE DE JOURNAUX. — 174e VOLUME.

8e SÉRIE, TOME II. — FÉVRIER 1847.

REPRODUCTION ET REVUE DES JOURNAUX ÉTRANGERS.

JOURNAUX FRANÇAIS.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES (février 1846).

Baillarger. De l'alimentation forcée des aliénés. 142

BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE (janvier 1847).

Des moyens de remédier à plusieurs infirmités des doigts de la main droite et notamment à la crampe des écrivains. 32

Forget. Du traitement de l'albuminurie ou néphrite albumineuse, par l'acide nitrique. 34

Considérations sur une forme de névralgie lombo-abdominale simulant une maladie de l'utérus, et sur son traitement. 43

Lisfranc (J.). Quelques considérations sur la cautérisation des ulcères non cancéreux du col de la matrice, et sur l'application du speculum uteri. 89

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS (Nos 2, 5, 6, 8 ; 1847).

Bouchardat. Notice sur les principaux contre-poisons et sur la thérapeutique des empoisonnements. 1

Coste. Du lieu où s'opère la fécondation chez l'espèce humaine et les mammifères. 15

Forget (C.). Recherches cliniques sur la phlébite, spécialement sur celle dite spontanée. 19

Recherches sur la saponine et sur les propriétés des plantes qui renferment ce principe. 58

Recherches et expériences sur l'inhalation de l'éther sulfurique. 61

Du rôle que joue le sulfure d'antimoine dans certaines préparations pharmaceutiques, et notamment dans la tisane de Feltz. 70

Sédillot. Des cas auxquels l'opération de la gastro-stomie est applicable. 112

Projet de loi sur l'enseignement et l'exercice de la médecine. 265

GAZETTE DES HÔPITAUX (Nos 115 et 152 ; 1846)

Ricord. Traitement de la blennorrhagie chez la femme. 161

Nouveau procédé pour l'amputation de la verge. 289

JOURNAL DE MÉD. ET DE CHIR. PRATIQUES (janvier 1847).

Devergie (A.). Thérapeutique des maladies de la peau. 53

JOURNAL DE MÉDECINE DE LYON (septembre 1846).

Nichet. Considérations sur l'incision du col de la matrice dans l'accouchement. 83

REVUE MÉDICO-CHIRURGICALE (février 1847).

Buckler (T. H.). Sur l'emploi du phosphate d'ammoniaque dans le traitement de la goutte et du rhumatisme. 73

Perrin. Des polypes du rectum et de la fissure à l'anus chez les enfants. 97
Roux. Mémoire sur les exostoses et sur les opérations qui leur conviennent. 104
Malgaigne. Sur la hernie traumatique du testicule, compliquée d'adhérences, et sur les indications qu'elle présente. 124
Brouzet. Sur les amputations doubles simultanées ; observation et réflexions. 135

JOURNAUX AMÉRICAINS.

THE AMERICAN JOURNAL OF THE MED. SCIENCE.

Jackson (J. B. S.) Sur la modification de la voix et de la respiration dans l'épanchement pleurétique. 213
Kneeland (Samuel). De la contagion de la fièvre puerpérale. 215
Gordon. Nouveau remède contre la strangurie 217
Hubbard. De l'efficacité du turbith minéral dans certaines maladies. 243
Bloodgood. Influence bienfaisante de la musique dans un cas de catalepsie. 246
Brigham. Complément d'une observation d'ablation de dix-sept pouces d'intestin, suivie de guérison. 261
Ruschenberger. Anévrisme de l'artère basilaire. 263

AMERICAN JOURNAL OF MED.

Forman. Observation de destruction d'une grande partie du cerveau à la suite d'une plaie par arme à feu, n'ayant entraîné la mort que plus d'un mois après. 258

JOURNAUX ANGLAIS.

DUBLIN QUARTELY JOURNAL OF MED.

Adams. Observation d'apoplexie du cervelet. 218
Stokes. Observation de perforation de l'estomac au niveau de la petite courbure, ouverte dans un sac anormal formé par des adhérences anciennes de l'épiploon et renfermant l'estomac et le foie. 221
Stokes. Observation d'ictère produit par une tumeur fongueuse du canal cholédoque; dilatation des canaux biliaires dans le foie. 222
Mayne (Robert). Sur une épidémie de méningites cérébro-spinales, qui a règné dans les maisons de travail et dans quelques-uns des hôpitaux de Dublin. 230
Kennedy Henry). Observation de revaccination suivie d'accident grave. 235
Moore Neligan (J.). Sur l'emploi de l'essence de térébenthine à haute dose dans le traitement du purpura hæmorrhagica. 239
Wilde (W. R.). Sur l'efficacité et le mode d'administration de l'atropine et de la belladone. 238
Mojs'sicovics. Sur l'emploi des préparations d'iode. 240
Montgomery. Observation d'abcès de l'ovaire ouvert spontanément à l'extérieur ; sortie d'une mèche de cheveux, etc. 249

LONDON MED. GAZETTE.

Tod. Observation d'anévrysme disséquant du cœur. 219
Fuller (H. W.). Observation d'une énorme hypertrophie de la rate et du foie coïncidant avec une dilatation de tous les vaisseaux sanguins et une altération particulière du sang. 225
Morris. Observation d'hémoptysie dans la pneumonie, chez deux jeunes enfants. 234
Lawrence (W.). Observation de laryngotomie pratiquée avec succès dans un cas d'œdème de la glotte. 259
James Long. Observation de hernie congéniale étranglée de six semaines ; opération ; guérison. 261
Maclagan (P. W.). Observation d'opacité congéniale de la cornée disparaissant graduellement. 264

THE LANCET.

Howitt (T.). Observation d'abcès du cœur. 223
Sunnan. Observation d'hématémèse causée par la rupture d'une des branches cardiaques de l'artère coronaire de l'estomac. 224
Edwards. Observation d'apoplexie utéro-placentaire qui a nécessité la provocation de l'accouchement prématuré. 248
Mac Vinnie (A. M.). Sur les plaies du cou dans le cas de suicide. 254
Gay. Observation de névrôme du nerf tibial postérieur donnant lieu à des accidents névralgiques ; extirpation ; guérison. 260

LONDON MED. CHIR. TRANSACTIONS.

John (P. Vincent). Observation de maladie du cerveau consécutive à la ligature de la carotide primitive. 250

MONTHLY JOURNAL OF MED. SCIENCE.

Ritchie (Ch.). Sur les analogies et les caractères distinctifs des fièvres typhoïdes et typhus fever. 227
Allen Thompson. Observation de fissures congéniales du cou chez l'enfant et chez l'adulte. 256

JOURNAUX ALLEMANDS.

JOURNAL FUER DIE KINDERKRANKHEITEN.

Petzold. De la fièvre intermittente chez les enfants nouveau-nés. 232

OESTERREICH. MED. WOCHENSCHRIFT.

Pluskal. Embryotomie et nouvelle méthode de version dans un cas d'accouchement. 247

JOURNAUX ITALIENS.

GIORNALE DELLE SCIENZE MEDICHE DI TORINO.

Riberi. Observation d'excision complète de l'urètre pratiquée avec succès chez une femme, pour une tumeur fongueuse de ce canal. 252